



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA

**RESILIENCIA Y ACONTECIMIENTOS VITALES ESTRESANTES EN  
PACIENTES CON CANCER DE MAMA Y PACIENTES CON LINFOMA  
UNIVERSIDAD DE LOS ANDES. MERIDA- VENEZUELA**

**Autora:** Grace Marly Tescari Quiñones

**Madrid 12 abril**



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA

**RESILIENCIA Y ACONTECIMIENTOS VITALES ESTRESANTES EN  
PACIENTES CON CANCER DE MAMA Y PACIENTES CON LINFOMA.  
UNIVERSIDAD DE LOS ANDES.**

(Trabajo presentado ante el honorable tribunal para la obtención del grado  
de Doctor en Patología Existencial e Intervención en Crisis)

**Autora:** Grace Marly Tescari Quiñones.

**Director:** Dr. Jesús María Poveda de Agustín

**Secretaria:** Dra. María del Carmen Sellán Soto

**Madrid 12 abril**



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA

**JESUS MARÍA POVEDA DE AGUSTÍN**, Profesor del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Madrid.

**CERTIFICO**

Que Doña **Grace Marly Tescari Quiñones**, ha realizado bajo mi dirección, el trabajo

**RESILIENCIA Y ACONTECIMIENTOS VITALES ESTRESANTES EN  
PACIENTES CON CANCER DE MAMA Y PACIENTES CON LINFOMA.  
UNIVERSIDAD DE LOS ANDES.**

Dicho trabajo reúne a mi juicio las condiciones de originalidad y rigor necesarios. Por eso avalo su presentación para ser juzgada.

---

Madrid, abril de 2012



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA

**JOSE MARÍA POVEDA DE AGUSTÍN**, Profesor del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Madrid.

**CERTIFICO**

Que **Doña Grace Marly Tescari Quiñones** , ha realizado, el trabajo:

**RESILIENCIA Y ACONTECIMIENTOS VITALES ESTRESANTES EN PACIENTES CON CANCER DE MAMA O LINFOMA. UNIVERSIDAD DE LOS ANDES.**

Dicho trabajo reúne a mi juicio las condiciones de originalidad y rigor necesarios. Por eso avalo su presentación para ser juzgada.

---

Madrid marzo 2012

## DEDICATORIA

*A mi madre, eres una mujer resiliente en esta vida, dándome ejemplo y reforzando mi capacidad de superación ante las adversidades que hemos pasado juntas, a ti más que a nadie dedico esta investigación.*

*A mi hermano, porque juntos hemos caminado senderos difíciles y aprendimos a salir airoso de ellos, fortaleciendo nuestro pasos ante cualquier devenir que se nos presente.*

*A mi esposo, por su compañía y comprensión eres una gran inspiración en mi vida, es esta nueva etapa de mi vida.*

*A todas aquellas pacientes, que están luchando para sobrevivir, en especial a mi querida prima Hilda, mis grandes amigas Lismar y María Eugenia, por ser nortes intelectuales en esta investigación, de ustedes he aprendido que las sonrisas en los momentos de tormentas, alivian las cargas y las fortalezas nos mantienen de pie ante uno de los más grandes avatares de la vida como lo es el cáncer.*

*A mis queridas compañeras de estudio Olga, Arni, Alba, Moraima, Rosalía; valió la pena este caminar juntas llenándonos de experiencias bellas.*

*A los esenciales, mis amigos, complemento perfecto en cada situación en especial a Dra. María Alejandra Sosa, Pierina.*

## **AGRADECIMIENTOS**

A la Universidad de Los Andes, por darme esta oportunidad

A la Universidad Autónoma de Madrid, por hacer accesible la oportunidad y al Dr. José María Poveda por su orientación y gestión en este gran proyecto.

Al Dr. Jesús Poveda, por su apoyo constante incondicional.

A la Unidad de Oncología y Unidad de Hematología del Instituto Hospital Universitario de los Andes, quienes me abrieron sus puertas para lograr este proyecto.

A la Dra. Carlota, por su asesoría y consejos invalorable.

A la Prof. Ingrid Tortolero, por su empeño en hacer posible este sueño.

Al profesor Henry Andrade, por su asesoramiento.

.

*El hombre que se levanta es aún más fuerte que él que no ha caído. Una experiencia traumática es siempre negativa pero lo que suceda a partir de ella depende de cada persona. En la mano del hombre está elegir su opción, que bien puede convertir su experiencia negativa en victorias, la vida en un triunfo interno, o bien puede ignorar el desafío y limitarse a vegetar o a derrumbarse.*  
(V. Frankl)

## RESUMEN

Este trabajo se fundamenta investigar la resiliencia en pacientes con cáncer de mama y paciente con linfoma. La resiliencia es la capacidad de recuperación ante las adversidades e incluso aprender y salir fortalecidos de ellas. **Objetivo:** Determinar la Resiliencia y los Acontecimientos Vitales Estresantes(AVE) en pacientes con cáncer de mama y pacientes con linfoma en Mérida – Venezuela. **Metodología:** Se diseñó un estudio descriptivo tipo serie clínica. Se considero una muestra de 80 pacientes, 20 pacientes con cáncer de mama y 20 pacientes con linfoma en tratamiento quimioterápico, que ingresaron a la Unidad de Oncología y Hematología del Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes. **Resultados:** Se incluyeron 80 pacientes con una frecuencia 68,75% para pacientes femeninas ,31,25% pacientes masculinos. Por grupo etarios fue para 55% mayores de 50 años . En el estado civil 50% son casados. Para determinar Resiliencia se aplico *La escasa de Connor - Davidson*(CD-RISC), (2003), los resultados muestran que 25 ítemes cargaron en 3 factores: (1) *Confianza en sí mismo* y Tenacidad (2) Optimismo (3) Adaptación y Fortaleza con un Alfa de Cronbach 0,86. y Escala de Holmes y Rahe, para Acontecimientos Vitales Estresantes. Asimismo, se observó que existen diferencias estadísticamente significativas entre factores de la resiliencia, de acuerdo con el sexo, edad y el tipo de cáncer ,mas no para estado civil , observándose que las mujeres obtienen niveles altos en resiliencia para el cáncer de mama, en cuanto a la edad esta población menores de 50 años presentaron menos Optimismo con significancia estadística de  $P=0.008$ , en contraste con los pacientes con linfoma donde se encontró para el mismo factor mayor optimismo con una significancia estadística  $P=0.02$ . La asociación de AVE con resiliencia para los de mayores de 50 años presentaron riesgo intermedio a AVE y mayor resiliencia, para las menores de 50 años presentaron mayores AVE y menos resiliencia. **Palabras clave:** Resiliencia , Acontecimientos Vitales Estresantes, Cáncer.



## **ABSTRACT**

This research work builds resilience in patients with breast cancer and lymphoma patient. Resilience is the ability to recover from adversity and emerge stronger and even learn from them. To determine the resilience and Stressful Life Events (SLE) in patients with breast cancer and lymphoma patients in Mérida - Venezuela. Methods: We designed a clinical type series. Each sample consisted of 80 patients, 20 patients with breast cancer and 20 patients with lymphoma receiving chemotherapy, who entered the Unit of Oncology and Hematology, University Hospital Institute of the Andes. Results: 80 patients with a frequency of 68.75% for female patients, 31.25% male patients. By age group was 55% for over 50 years. In marital status 50% are married. Resilience was applied to determine Poor Connor - Davidson (CD-RISC), (2003), the results show that 25 items loaded on 3 factors: (1) Confidence and Toughness (2) Optimism (3) Adaptation and strength with a Cronbach's alpha 0.86. and Holmes and Rahe Scale for Stressful Life Events. It was also noted that there were significant differences between factors of resilience, according to sex, age and type of cancer, but not for marital status, noting that women gain resilience to high levels in breast cancer in As for this population under age 50 years had less optimism with statistical significance of  $P=0.008$ , in contrast to patients with lymphoma which was found for the same factor greater optimism with a  $P=0.02$  Statistical Significance. The association of stroke with resilience for those over 50 had intermediate risk and greater resilience AVE, for those under 50 years had higher and less resiliencia. Palabras AVE Keywords: Resilience, Stressful Life Events, Cancer.

## ÍNDICE DE CONTENIDOS.

Dedicatoria	i
Agradecimiento	
Índice de contenido	
Índice de cuadros	
Índice de figuras	
Resumen	
Abstract	
Capítulo I	
I.1 Introducción	
I.2 Justificación	
I.3 Antecedentes	
I.4 Bases Legales.	
Capítulo II	
II Marco teórico	
II.1.1 Bases Teóricas	
II.1.2 Salud – Enfermedad	
II.1.3 Factores que Intervienen en la Relación Médico Paciente ante la Enfermedad	
II.1.4 Comunicación con el paciente	
II.2.1 Estrés	
II.2.2 Fases de Reacción al Estrés	
II.2.3 Estrés y Cancer	
II.2.4 Estrés Crónico	
II.2.5 Enfrentarse al tratamiento como generador de estrés	
II.3.1 Psiconeurolingüística ante el cáncer	
II.4.1 Cancer	
II.4.2 Cancer de Mama	

II.4.3 Factores que afectan el pronóstico y sus opciones en el tratamiento

II.4.4. Impacto psicológico de los tratamientos en el cáncer de mama

II.4.5Epidemiología del cáncer de mama

II.5.1Linfomas

II.5.2 Órganos de tejidos linfáticos

II.5.3Clasificación de los Linfomas

II.5.4Infecciones que causa predisposición a linfomas

II.5.5 Epidemiología de los linfomas

II.5.6Cancer y Duelo

II.5.7Estre y Duelo.

II.6 Resiliencia

II.6.1Aspecto históricos del la resiliencia

II.6.2Origenetimologicodela resiliencia

II.6.3Definición de la resiliencia

II.6.4Resiliencia y relación al sexo y estado civil.

## CAPITULO III

III Marco Metodológico

III.1.1Objetivos Generales

III.1.2 Objetivos Específicos

III.1.3Hipotesis

III.2 Descripción de la Metodología

III.2.1 Tipo de Investigación

III.2.2 Población

III.2.3 Muestra

III.2.4 Técnicas e Instrumentos de observación

III.2.5Sistemas de Variables

III.2.6Criterios de Inclusión

III.2.7Criterios de Exclusión

III.2.8Análisis Estadísticos

#### IV. Resultados

##### IV.1 Análisis de los resultados

#### V. Discusiones

- .- Conclusiones
- .- Recomendaciones y Limitaciones
- .- Bibliografía
- .- Anexo 1
- Anexo 2
- Anexo 3

## **INDICE DE CUADROS**

**Cuadro N°1** Distribución de Pacientes por Sexo Según grupo Etario. Unidad de Oncología, IHULA. Mérida-Venezuela. Año 2011-2012.

**Cuadro N°2** Distribución de Pacientes por Diagnóstico. Unidad de Oncología, IHULA. Mérida-Venezuela. Año 2011-2012.

**Cuadro N°3** Análisis Factorial Exploratorio en el Cuestionario de resiliencia en pacientes con cáncer de mama y linfomas. Unidad de Oncología, IHULA. Mérida-Venezuela. Año 2011-2012.

**Cuadro N°4** Fiabilidad de Factores en el Cuestionario de Resiliencia en pacientes con Cáncer de mama y linfomas .Unidad de Oncología, IHULA. Mérida-Venezuela. Año 2011-2012.

**Cuadro N°5** Correlacion entre factores y escala de resiliencia en pacientes con cáncer de mama y linfomas. Unidad de Oncología, IHULA. Mérida-Venezuela. Año 2011-2012.

**Cuadro N°6** Comparacion de Resiliencia y factores según y edad enfermedad. Unidad de Oncología, IHULA. Mérida-Venezuela. Año 2011-2012.

**Cuadro N°7** Comparacion de resiliencia por sexo en pacientes con linfoma. Unidad de Oncología, IHULA. Mérida-Venezuela. Año 2011-2012.

## INDICE DE GRAFICOS

**GraficoN°1** Distribución de pacientes por Estado Civil. Unidad de Oncología,IHULA.Mérida-Venezuela.Año 2011-2012.

**Grafico N°2** Distribucion por edad y diagnóstico en pacientes con cáncer de mama y linfoma. Unidad de Oncología,IHULA.Mérida-Venezuela.Año 2011-2012.

**Grafico N°3** Promedio de escala de resiliencia según cáncer de mama y linfoma.Unidad de Oncología,IHULA.Mérida-Venezuela.Año 2010-2011.

**GraficoN°4** Relación entre la escala de acontecimientos vitales estresantes y la escala de resiliencia en pacientes con cáncer de mama. Unidad de Oncología,IHULA.Mérida-Venezuela.Año 2011-2012.

**Grafico N°5** Relación entre el escala de acontecimientos vitales estresantes y la escala de resiliencia en pacientes con linfoma.Unidad de Oncología,IHULA.Mérida-Venezuela.Año 2011-2012.

**Grafico N°6** Relación entre escala de acontecimientos vitales estresantes y los factores de resiliencia pacientes con cáncer de mama. Unidad de Oncología,IHULA.Mérida-Venezuela.Año 2011-2012.

**Grafico N°7** Relación entre escala de acontecimientos vitales estresantes y los factores de resiliencia pacientes con linfoma.Unidad de Oncología,IHULA.Mérida-Venezuela.Año 2011-2012.



# CAPITULO I

## I. INTRODUCCION.

### I.1.1 EL PROBLEMA.

A lo largo del tiempo la psicología describió diferentes métodos para crecer ante la adversidad y lograr adaptarse bien a los traumas, se hablaba de mecanismos de defensa de condicionamientos o de estar presentes aquí y en el ahora; hasta que se tomó el término de la física que se utiliza en metalurgia para describir la capacidad de algunos materiales de recobrar su fuerza original a una presión deformadora; a partir de estos fundamentos nació el término RESILIENCIA. En este sentido Rutter 1993 expone:

*“Si se logra conocer aquello que permitió a las personas protegerse del desarrollo de patologías, se podrán desarrollar medios para mejorar la resistencia de las personas frente al estrés y la adversidad”.*

Actualmente se estudia y maneja el concepto de Resiliencia como aquella capacidad que tienen las personas para desenvolverse de una manera positiva y así comprender la necesidad de aceptar y aprovechar las oportunidades que ofrece el cambio ante los traumas y enfermedades.

Entendiendo la resiliencia como la capacidad para enfrentar situaciones adversas, se plantea este modelo en el proceso de compañía a los pacientes oncológicos. Tomando como marco de referencia la psicología positivista, que es un área que se concentra en estudiar las emociones positivas y los rasgos que incluyen las fortalezas y habilidades, de igual forma propone que la esperanza, la fe y el optimismo deben ser las herramientas con las que se deben contar a la hora de abordar al paciente oncológico. La fe es la virtud por la que sin ver o comprender se cree en algo, incluye la confianza y buen concepto que se tiene de una persona o cosa.



En este orden de ideas, la capacidad que tienen los pacientes para adaptarse a los cambios y enfrentar la crisis vital, es la llave clave para superar los golpes duros de la vida, adaptarse a los retos y salir fortalecidos. Chiavenato (2002) expone: *“Cambio es la fase en que se aprenden nuevas ideas y prácticas de manera que las personas piensan y actúan de una nueva forma”*. El significado del término cambio es tomar o poner una cosa por otra. El cambio de comportamientos genera beneficios ganancias y fortalezas que le permite al ser humano reconocer sus potencialidades y mejorar sus capacidades.

Sin embargo, las personas que se resisten al cambio de manera persistente y se mantienen en un círculo vicioso de sufrimiento, donde no logran desprenderse del acondicionamiento que desde niños ha marcado sus vidas, pierden la oportunidad de tomar decisiones de una manera acertada ante las innumerables oportunidades que ofrece el cambio, como es mejorar continuamente, evolucionar su nivel de consciencia y mejorar su calidad de vida, por tanto los cambios son aprovechados para nuestro crecimiento, nos permiten ser más eficientes y productivos en nuestro camino de aprendizaje para el continuo proceso evolutivo.

En consecuencia las personas resilientes presentan características similares que persiguen la verdad por muy difícil que sea, son realistas, tratan de optimizar su salud, mantienen una capacidad de renovarse, creen en una misión de vida, se plantean un proyecto de vida, donde la vida tiene sentido, pueden mantener una continua mejoría para recobrar la salud perdida, es como por medio del aprendizaje significativo que adquieren conocimientos para apoyarse en sus fortalezas a fin de superar sus debilidades.

En tal sentido, es imprescindible destacar que para lograr los objetivos de ser resilientes es importante trabajar la humildad, o sea aceptarse con humildad, aprender de la adversidad, la cual es una tarea ardua y difícil que necesita tiempo y valentía para recuperarse de los escollos, y desarrollar con persistencia actitudes y soluciones en ese camino difícil que es recuperarse ante la enfermedad. Hacerse consciente

de cómo ha sido hasta el momento, su sistema de creencias, analizar sus fortalezas y debilidades, valores y virtudes.

En concordancia por lo antes expuesto, la mayoría de los individuos presentan una resistencia al cambio que implica entereza, fuerza de voluntad para enfrentar el miedo a lo desconocido, pues constituye un proceso donde se produce rupturas, transformación de viejos esquemas para adoptar nuevas conductas y comportamientos. Para cambiar esta resistencia se requiere aceptar con humildad para revisar cuál ha sido su comportamiento hasta el momento, perdonar a los demás como así mismo, aprender a perder, y vivir en atención consciente.

- a) Humildad: Es aceptar y reconocer los errores, limitaciones y confusiones que lo han acondicionado toda la vida y cuál es su nivel de consciencia en que se encuentra para evolucionar como ser humano.
- b) El perdón: Perdonar a los demás, y asimismo permite que no se siga anidando el resentimiento, el odio y la venganza. Perdonar requiere tiempo, no es a corto plazo, es una tarea ardua y difícil, pues requiere de un proceso personal. El perdón es el más eficiente borrador de los errores y del dolor emocional, frustración, rabia, enojo, contra los familiares, seres queridos u otras personas. A través del perdón se logra liberar la mente del sufrimiento, mediante el cual se llega a despertar y evolucionar al nivel de consciencia.
- c) Atención consciente: para vivir en atención consciente es necesario auto observarse utilizando los seis sentidos: vista, audición, tacto, sentido interno, olfato y gusto, para que le facilite una humilde comprensión de sí mismo, interiorizar cuáles son sus debilidades y errores cometidos y luego hacerse consciente de lo que necesita aprender para cambiar y lograr vivir a plenitud el momento presente. Se aprende a ver la realidad de las raíces de las limitaciones y errores de la mente confundida, y así mejorar sus

condiciones de vida, al tener mejor bienestar, salud y armonía interior.

- d) El ser humano es el efecto de continuos cambios de crecimiento, maduración y reproducción que conducen al mejoramiento continuo y trascendente para llevar una vida saludable llena de bienestar y de armonía. En este sentido, para recuperarse de los traumas y enfermedades es importante trabajar tres fuerzas esenciales: la confianza, el autoestima y el concepto sobre uno mismo; este abanico de fuerzas le permitirán desarrollar talentos, habilidades y fortalezas.

Siendo así, las personas resilientes son capaces de comprenderse a sí mismos, trabajan en base a sus principios y valores, fortalecen sus talentos y capacidades y cada vez logran manejar las situaciones difíciles (su enfermedad) donde continuamente de plantean nuevas metas.

Cada acción, sentimiento y pensamiento tiene un componente fisiológico, donde sus tres identidades interiores surgen de los tres principales sistemas nerviosos del cuerpo. En este sentido A. Silbert (2007) describe:

-El sistema nervioso somático controla las acciones físicas y es la fuente de la confianza en uno mismo.

-El sistema nervioso autónomo gobierna las sensaciones y es la fuerza de la autoestima.

-El sistema nervioso central incluye el cerebro, y es la fuente del pensamiento verbal y conceptual. El concepto de uno mismo es un conjunto de pensamiento sobre quién y que somos.

De esta manera es recomendado el auto-cuidado, cuando una persona padece una enfermedad o una condición crónica, para que su

evolución y desarrollo se desenvuelva. En este sentido se recomiendan las siguientes sugerencias:

- Aceptar la enfermedad y el tratamiento.
- Buscar mecanismos para mejorar su bienestar y calidad de vida.
- Mejorar las relaciones familiares.
- Manejar el estrés.
- Pedir ayuda y apoyo.

En este orden de ideas, deben abordarse las características que nos permiten afirmar que el diagnóstico de cáncer que recibe una persona y las acciones posteriores al mismo (que pueden ir desde el diagnóstico en si hasta quimioterapia) cumplen los requisitos para ser considerada una situación potencialmente generadora de estrés y de riesgo para la salud mental. Lo que tratamos de buscar son niveles óptimos, saludables y de confianza en uno mismo.

En este sentido se ha definido el estrés como el estado que se manifiesta por un síndrome específico consistente en todos los cambios inespecíficos inducidos dentro de un sistema biológico. Seley (1960) Describe que el agente desencadenante del estrés es un elemento que atenta contra la homeostasis del organismo. El nivel de estrés es producto de la valoración de los estímulos percibidos en base a un sistema de creencias y valores. Es necesario cambiar nuestra manera de percibir los acontecimientos en la vida para darle más sentido a nuestra existencia vital, donde con persistencia logremos una vida llena de amor salud bienestar y transcendencia del ser.

En consideración por los constantes adelantos en la medicina y la salud pública y los progresos tecnológicos, el número de sobrevivientes de una enfermedad grave como el cáncer, ha aumentado en muchos

países. En los Estados Unidos y otros países occidentales, por ejemplo, el número de sobrevivientes de cáncer ha aumentado debido a la detección temprana de la enfermedad y a los tratamientos más eficaces ( Pollack L. y cols, 2005). Con un número creciente de sobrevivientes de cáncer, la sociedad, los investigadores, y la política de salud, siendo los responsables han reconocido que hay una gran necesidad de comprender mejor cómo las personas se adaptan de manera positiva a los retos de la salud e identificar enfoques eficaces para ayudar a las personas frente a los desafíos de salud en su vida (Rowland JH, Baker F. 2005).

Una creciente literatura ha descrito los estilos de afrontamiento o las estrategias utilizadas por las personas, después de un diagnóstico, de una situación potencialmente estresante por enfermedad la cual puede ser mortal. Estos estudios han identificado una serie de factores personales que se asocian con la resistencia, aumento de la calidad de vida, y una adaptación positiva a la enfermedad. Los rasgos de personalidad como el optimismo, la esperanza y las reacciones individuales positivas han sido relacionados a los acontecimientos estresantes graves ( Carver C. 2005 ).

Ahora bien el cáncer, enfermedad incurable por excelencia para algunas patologías, cuyas connotaciones pueden variar entre sagradas, demoníacas o mágicas; y el SIDA, que aparece como la última equivalencia de la muerte. Entre unas y otras epidemias anduvo el cólera, el mal de chagas, el paludismo, la lechina, el polio, los accidentes de tráfico y el suicidio o los trastornos cardiovasculares, cada una de ellas expresables en tasas de mortalidad variables, en vista de que el cáncer no es una enfermedad contagiosa, ciertos factores son capaces de desencadenar un cáncer en un porcentaje de los individuos expuestos a ellos.

Entre éstos factores se encuentran la herencia, los productos químicos, las radiaciones ionizantes, las infecciones o virus. El cáncer es, en esencia, un proceso genético. Las alteraciones genéticas pueden ser heredadas, o inducidas en alguna célula por un virus o por una lesión provocada de manera externa. Se calcula que de un 5 a un 10% de los cánceres tienen un origen hereditario. Algunas formas de cáncer son más frecuentes en algunas familias: el cáncer de mama es un ejemplo de ello.

En este contexto, el cáncer lo constituye todo tumor maligno que se caracteriza por una multiplicación anormal y desordenada de las células, las cuales tienen la característica de invadir los tejidos adyacentes (metástasis). El principal atributo de los tumores malignos es su capacidad de diseminación fuera del lugar de origen. La invasión de los tejidos vecinos puede producirse por extensión o infiltración, o a distancia, produciendo crecimientos secundarios conocidos como metástasis.

El cáncer de mama es la proliferación acelerada, desordenada y no controlada de células que pertenecen a distintos tejidos de la glándula mamaria. El cáncer de mama invasivo es un grupo de tumores malignos epiteliales, caracterizados por una excesiva proliferación, desde diferenciación, mutabilidad genética, invasión de los tejidos adyacentes y una marcada tendencia a la metástasis a distancia. Es el resultado de diferentes alteraciones en los genes que controlan los procesos de proliferación y diferenciación celular. Dichas alteraciones pueden contribuir al desarrollo o progresión del fenotipo maligno .( Cantele 2003).

El carcinoma de mama es la causa más común de mortalidad en mujeres alrededor del mundo, existiendo aproximadamente 410 000 defunciones al año, lo que representa un 14 % de todas las muertes debidas al cáncer en las mujeres y un 1,6 % de todas las defunciones femeninas en el mundo. El cáncer de mama es el cáncer más frecuentemente diagnosticado y la principal causa de muerte por cáncer

entre las mujeres, que representan el 23% de los casos de cáncer total. (Carol D S. cols, 2011)

Al menos se sabe sobre los factores sociales o de la comunidad que puede ayudar a las personas adaptarse a la enfermedad grave o de prosperar en presencia de la adversidad. Abordaremos entonces la capacidad moduladora que tiene la resiliencia sobre la enfermedad oncológica. Siendo este estudio portador de las herramientas necesarias para llevar a cabo la intervención, siendo así, se considera importante abordar los elementos que permiten afirmar que el cáncer constituye un factor potencialmente dañino para la salud mental de la persona enferma, las distintas variables a tomar en cuenta ante esta situación y el papel que la resiliencia tiene en este momento tan crucial en el bienestar psicológico de los pacientes oncológicos.

## **I.2. Justificación.**

El presente estudio tiene relevancia porque, hoy más que nunca, debido al aumento de las tasas de morbi-mortalidad por cáncer en nuestro estado, es necesario educar a los pacientes para fortalecer su capacidad de decisión análisis y reflexión que le permitan afrontar y sobrellevar la enfermedad, y proporcionarle al individuo enfermo herramientas para aceptar una visión positiva de su situación y esta que redunden en una mejor calidad de vida. Bajo esta concepción la intervención en la crisis tiene como centro a la persona misma, para crear una conciencia individual positiva.

Por tal motivo el estudio pretende investigar la resiliencia de los pacientes con cáncer mama y los pacientes con linfomas, y su asociación ante los eventos estresantes de la vida. En este sentido los pacientes se encuentran agrupados de manera homogénea en cuanto a edades, y tratamiento ya que cada tumor se comporta de manera diferente desde el punto de vista biológico, de ubicación , patogénesis, síntomas, de la evolución y pronóstico, lo que puede acarrear desenlaces psicológicos diferentes, a los que tienen que enfrentarse los pacientes al momento de recibir tratamiento como quimioterapia y radioterapia.

Hay pocos estudios en función de la fase de la enfermedad o de gravedad del cáncer en el momento que se tratan, y su asociación a la resiliencia , la mayoría abordan al cuidador mas no al enfermo. Es necesario realizar estudios con muestras lo más homogéneas de pacientes, tal y como se refleja (Buccheri, 1998) para controlar mejor los aspectos señalados y las variables de confusión que pueden estar presentes e interferir en los resultados y evitar los sesgos . Por estos motivos hemos decidido elegir una localización diferente en cada caso



con una característica común, la fase de tratamiento con quimioterapia y radioterapia.

En el tratamiento del cáncer, la medicina y la psicología se complementan en busca de la curación. El tratamiento psicológico se debe centrar en controlar e intentar evitar el estrés, que no sólo es producido por el diagnóstico, sino también por la sucesión de cambios físicos, sociales y personales que se producen a lo largo de la enfermedad y su tratamiento.

A su vez desde el punto de vista académico representa una oportunidad para la Universidad de Los Andes (ULA), de hacer aportes al estudio de la salud mental, a través del Convenio establecido con la Universidad Autónoma de Madrid (UAM), en el marco del Doctorado en Patología Existencial e Intervención en Crisis, al acceder el abordaje de un tema sensible y poco explorado en los servicios de oncología y hematología.

Desde una perspectiva social, los resultados de este estudio en pacientes oncológicos, como grupo vulnerable y desasistido en la atención de salud mental, en quienes el impacto psicológico durante el tratamiento por los efectos colaterales de la quimioterapia y radioterapia (caída del cabello, pérdida de uñas, mastectomías, malestar general, entre otros) permitiría conocer necesidad de creación de Programas de Atención Multidisciplinaria para aumentar y fomentar sus fortalezas y control, que los ayude a enfrentar de una manera positiva su situación de salud como parte del manejo integral del individuo enfermo.

Desde el punto de vista científico y en lo práctico, la obtención de información a través de la aplicación de instrumentos que permitan evaluar la resiliencia en pacientes oncológicos y su asociación con acontecimientos vitales estresantes. Cabe destacar que no se ha

encontrado ningún estudio con enfermos de cáncer – resiliencia, donde se utiliza la escala de Connor – Davidson en nuestro país. Se utiliza en el presente estudio por ser un instrumento muy completo para detectar la competencia personal, tenacidad entre otros, para tratar de encontrar datos que ayuden a desarrollar estrategias adecuadas en el futuro. Implicando poner en práctica métodos de investigación cuyo fin último es aportar ideas para lograr el tratamiento integral del paciente oncológico, así como abrir una nueva línea de investigación dirigida a conocer el impacto de la salud mental en la evolución del paciente que sufre cáncer y la adaptación positiva frente a ese hecho.

### **I.3. Antecedentes de la Investigación.**

En las ciencias, el término incluye estudios sobre la resistencia de los materiales y se utiliza por lo menos desde 1807, cuando el inglés Thomas Young (citado por Timoshenko, 1953) publicó la obra en la que se introdujo el concepto de módulo de elasticidad por primera vez. Según Timoshenko, en este trabajo, el joven habla de la resistencia a presentar un análisis de las fracturas de cuerpos elásticos producidos por el impacto.

El significado de la resiliencia para muchos investigadores no es el mismo que hoy, aunque tienda a tener similitud. Actualmente, para someter a la resistencia del material, la resiliencia se define como la capacidad de un material para "absorber energía en la región elástica" (Nash, 1982). Los físicos y los ingenieros utilizan el concepto de módulo resilientes, para calcular la cantidad máxima de energía que un material puede absorber al someterse a cierto impacto y deformación sin romperse, y luego regresar a la forma primitiva. Este concepto se refiere al límite de elasticidad del material. Siendo este capaz de volver a su forma original, cuando en los extremos traten de aplicársele deformaciones (Pinto, 2002).

A partir de esta comprensión de los conceptos de resistencia de materiales, en estudios de investigación se encontraron que la aplicación al concepto de resiliencia desde punto de vista de la física hasta la psicología, se centró en la capacidad de resistencia de las personas, los estudios encontraron que las personas podía soportar la presión o el estrés, antes de presentar shock irreversible conllevando a la psicopatología.

Por tanto, parece que si el término / concepto de resiliencia aplicada por la psicología se originó en la física. La resistencia del material, (que se ha adaptado incorrectamente), se relaciona más con el concepto de elasticidad , que la capacidad de resistencia de materiales. De acuerdo con Luthar y Zelazo (2003), la diferencia básica de los dos enfoques es la naturaleza de los factores positivos o negativos que cada uno se centra. En el enfoque de riesgo, los efectos negativos del desarrollo y también los factores negativos que lo afectan es que se centran, como la presencia de trastornos psicológicos y la enfermedad mental de un padre. En el enfoque de la resiliencia, tanto en aspectos positivos y negativos se centran en los resultados del desarrollo y los factores que actúan en este.

Garnezy (1989) observó un cambio en el espíritu de la época, el paso de los años 1970 a 1980, de la observación de la proliferación de estudios sobre estrés y afrontamiento, realizado por investigadores en diferentes áreas como la psiquiatría, la biología del desarrollo, psicología del desarrollo , la psicopatología y la sociología. Por otra parte, según el autor, las palabras y expresiones tales como "resiliencia", "la fuerza del ego", "la resistencia al estrés", etc. fueron cada vez más frecuentes en el lenguaje científico.

Para este autor, el trabajo pionero de Werner y Smith (1989), de la que escribió el prefacio, fue parte de esta nueva emergencia en la ciencia, para el examen de los niños en situación de riesgo, vulnerabilidad, adaptación y el crecimiento continuo examinando y teniendo en cuenta que siempre había niños resistentes y "invencible" entre los grupos de alto riesgo. Cuando se dice que los investigadores examinaron los niños en situación de riesgo, se está refiriendo a los niños expuestos a factores de riesgo conocidos, definidos como posibles influencias para obstaculizar el desarrollo normal de un individuo (Werner y Smith, 1992).

En este contexto, Hutz et al., 1996 refieren que la vulnerabilidad se describe: *"la predisposición individual al desarrollo de la psicopatología o el comportamiento eficaz en situaciones de crisis"* (Hutz et al., 1996). Así mismo, Trompeta y Guzzo (2002,) "la protección de más y menos riesgo, "menos vulnerable" y el riesgo mayor con menos protección, "más vulnerables." Es importante ya que los factores de protección se refieren a los que cambios modifican o aumenta la respuesta de una persona para las posibles amenazas. En consecuencia, existen múltiples definiciones de resiliencia, también existen ejemplos de ella en la humanidad y a lo largo de toda su evolución, relacionado directamente con la época que les toco vivir en un determinado momento histórico-social-político.

Estas referencias en la que cada personaje ha resurgido como el ave fénix se encuentran plasmadas por ejemplo:

- ✓ El sentido de la vida de Victor Frank en los campos de concentración durante la II guerra mundial.
- ✓ Ana Frank y su famoso legado manuscrito de cómo sobrevivir oculta.
- ✓ Primo Levi, escritor Judío italiano, resistente antifascista, prisionero y sobreviviente de Auschwitz, dedico su obra a los testimonios del holocausto. Su obra Si esto es un hombre se considera una de las más importantes del siglo XX.
- ✓ Boris Cyrulnik, fue el primero en Francia en interesarse por la resiliencia. Ya que a la edad de 6 años logro escapar de un campo de concentración, quien posteriormente dado grandes pasos con dificultades logra ser medico empeñado en entender sus propias ganas de vivir y uno de los adalides de la resiliencia.
- ✓ Christofer Reeves, ( Superman) sobrevivió cuadripléjico a una caída de caballo, actuó en películas aun en su condición y dedico su vida a sostener las investigaciones sobre personas lesionadas en la columna.

- ✓ Louse Arsmtrong y su lucha contra la enfermedad y su deseo de vivir y reintegrarse a sus actividades deportivas para alcanzar el éxito total, 7 veces campeón del Tour de Francia (1999-2005), relatado en su libro “Mi Vuelta a la Vida”.
- ✓ Martin Luther King, y su lucha contra el racismo y la discriminación a cambio de su vida; todas estas fuentes de ejemplos infinitos de resiliencia por las condiciones extremas que conlleva tanto física como moral y espiritualmente la superación del ser humano.
- ✓ En literaturas infantiles encontramos ejemplos de resiliencia como Harry Potter, El patito feo, la cenicienta, Robinson Crusoe, pulgarsito, el principito, entre otros.
- ✓ En la naturaleza se observan ejemplos de resiliencia: los pájaros construyen y reconstruyen sus nidos tantas veces como sea necesario para empollar a sus recién nacidos polluelos.

En tal sentido, un conjunto de estudios han utilizado instrumentos para evaluar la resistencia en las personas mayores (Hardy et al, 2002; Nygren et al, 2005; Wagnild, 2003): Así mismo, Wagnild evaluó la Escala de Resiliencia, que abordó la resiliencia como un frente estilo, a una muestra de adultos mayores. Esta escala examinó en una muestra de 125 personas mayores, suecas de 85 años. Curiosamente encontró que las puntuaciones medias más altas de resiliencia eran su mayoría en la edad de mayores de 85 años, en comparación con las que se encuentran en una muestra de los adultos jóvenes. A su vez Hardy et al. (2004) evaluó capacidad de recuperación en respuesta a un evento específico de la vida identificadas por el individuo.

Como describimos anteriormente los estudios descritos por Wagnild, (2003); la resiliencia se relaciona con la percepción de la salud

mental, actividad física, el apoyo social, promoción de la salud y los comportamientos.

Así mismo, (Nygren et al., 2005) demostró la correspondencia con escalas de medición de otros rasgos psicológicos positivos (Por ejemplo, control de personal).

En tal sentido, estos instrumentos parecen ser apropiado para su uso en personas mayores. Sin embargo, no está claro que a partir de estos estudios el factor de estructura de estos instrumentos sigue siendo similar en los adultos más jóvenes contra mayores (es decir, están midiendo fenómenos similares en la vida del antes versus el después).

En un estudio psicométrico, Connor y Davidson evaluó el instrumento en tres muestras: adultos generalmente sanos en la comunidad de habitantes, principal los pacientes de atención y las personas con estrés post-traumático trastorno (n total = 550, con una edad media = 44 años). La escala demostró consistencia interna alta , y la validez convergente con otros indicadores de la salud psicológica positiva.

En un análisis factorial exploratorio, el CD-RISC es multidimensional, con cinco factores. El factor que contribuye a la mayor proporción de la variación refleja la competencia personal, alto nivel, y la tenacidad. El CD-RISC también es lo suficientemente sensible para detectar mejora después del tratamiento de los trastornos psicológicos. X. Yua, y cols 2011.

Así mismo un estudio actual por Kamlesh Singh (2010), examinó las propiedades psicométricas de la Escala de Connor-Davidson Resilience (CD-RISC) en el contexto de la India. La muestra está compuesta de 256 los estudiantes (media de edad = 22.75, SD = 1,36 años) que completaron los cuestionarios de las medidas de la resistencia

característica (CD-RISC), Big Five Inventario (BFI), Escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS) y la satisfacción vital (Escala de Satisfacción con la Vida).

Originalmente eran cinco factores de solución, pero no recibió la confirmación por lo que una solución de cuatro factores a través de un análisis factorial exploratorio, fue seleccionada como la más adecuada, es decir, la resistencia, el optimismo, ingenio y propósito. El CD-RISC que parecía ser un sistema fiable ( $A = 0,89$ ) y medida válida. Los resultados de validez concurrentes apoyaron las hipótesis sobre la relación de satisfacción de la resistencia a las dimensiones de la personalidad y la vida y afectos positivos y negativos.

Otros estudios exploró la asociación entre la resiliencia y la infertilidad, relacionada con las generales conductas de afrontamiento en las mujeres de cuarenta a partir de nueve clínicas de fertilidad en todo Estados Unidos. Los participantes completó la Connor-Davidson, Resilience Scale (CD-RISC), Symptom Checklist-90 (SCL-90), Beck Depression Inventory-II (BDI-II), el Inventario de Problemas de Fertilidad (FPI), Las mujeres con problemas de fertilidad se evidencia significativamente las puntuaciones más bajas que la capacidad de recuperación.

Este estudio estableció la evidencia de la fiabilidad y la validez convergente de la unidad de CD-RISC con las poblaciones infértiles. Sin embargo, similar a otros estudios que utilizan este instrumento, el factor de estructura reportado por Connor y Davidson . La resiliencia se asoció negativamente con la angustia infertilidad específica y general. Compromiso en las acciones centradas en habilidades de afrontamiento se correlacionó positivamente con la resiliencia. Minden B. Sexton y cols 2010.



En este sentido otro estudio donde relacionan los eventos adversos de la vida y la resistencia han sido evaluados por Tiet Q. y colaboradores, describiendo que los eventos adversos de la vida son factores de riesgo bien documentados de la disfunción psicopatología y psicológica en niños y adolescentes, evaluaron jóvenes de 9 – 17 años en lugares de cuidado distintos. Determinando que los niños en situación de riesgo debido a los altos niveles de acontecimientos vitales adversos mostraron un mayor grado de capacidad de recuperación cuando tenían un coeficiente intelectual más alto, mejor funcionamiento de la familia, una vigilancia más estrecha de los padres, más adultos en el hogar, y una mayor aspiración educativa.

En el mismo contexto Sandeep Vaishnavi describe en su estudio que La resiliencia puede ser un componente importante de la prevención de la enfermedad neuro-psiquiátrica. La resiliencia ha demostrado ser cuantificable por las escalas como la Escala de Connor-Davidson Resilience, en este estudio presentaron una versión modificada del CD-RISC2. Esta versión abreviada de la escala puede utilizarse para evaluar la modificación farmacológica de la resiliencia de tratamiento del trastorno de estrés postraumático, depresión mayor y trastorno de ansiedad generalizada con setralina, mirtazapina, entre otros.

Dentro de los estudios realizados por Geyer S, Noeres D, en la asociación de cáncer de mama y acontecimientos estresantes. ¿La ocurrencia de eventos adversos de la vida en los pacientes con cáncer de mama pueden conducir a un cambio en el comportamiento de la enfermedad? 240 pacientes (edad <70 años) con una primera manifestación de cáncer de mama. Determinaron que las mujeres sin acontecimientos adversos antes de ir al médico permanecían sin modificaciones, mientras las que presentaron sintomatología previa de sospecha de tumor asociada a eventos adversos de la vida antes de la visita médica presentaron un comportamiento distinto durante la

enfermedad, podían tener efectos sobre el comportamiento de la enfermedad, pero en diferentes direcciones.

El papel de los acontecimientos de la vida en el cáncer de mama fue conceptualizado dentro de los dos modelos que difieren en los factores de vulnerabilidad, "apoyo social" y "pérdida temprana de la madre. Los ocho años antes de la manifestación de la masa fueron cubiertos por entrevistas semi-estructuradas. Calificaciones de eventos se realizaron de acuerdo con Brown y Eventos de Harris y la Escala de Dificultades de vida, un método de valoración basado en el entrevistador. , 97 mujeres con un tumor mamario sospechoso fueron entrevistados inmediatamente después del ingreso en el hospital. En el 33% de los casos el diagnóstico resultó ser maligna, 59 tenían un resultado benigno. El análisis de datos reveló que los acontecimientos de la vida en las categorías más severas fueron reportados con mayor frecuencia en el grupo de cáncer. Geyer S. (1991)

Por otra parte en un grupo de cáncer existe una asociación entre el factor hereditario y posiblemente los efectos adversos graves. Los efectos en los acontecimientos de la vida se explican en el contexto de una susceptibilidad a la enfermedad debido a una mayor disposición hereditaria. Para los eventos no está claramente establecido la asociación Ollonen P. (2005)

El número acumulado de eventos de la vida dos o más eventos, sugieren que la exposición a más de un evento de la vida se asocia positivamente con cáncer de mama y que un sentimiento general de felicidad y optimismo tiene un "efecto protector "en la etiología de la cáncer de mama. Peled R. (2008).

## **I.4 Bases Legales.**

### **LEY DE EJERCICIO DE LA MEDICINA**

Gaceta Oficial N° 3.002 Extraordinario de fecha 23 de agosto de 1982.

### **EL CONGRESO DE LA REPUBLICA DE VENEZUELA**

Decreta:

#### **CAPITULO I**

##### **Disposiciones Generales**

**Artículo 2.** *A los efectos de esta Ley, se entiende por ejercicio de la medicina la prestación, por parte de profesionales médicos, de servicios encaminados a la conservación, fomento, restitución de la salud y rehabilitación física o psico-social de los individuos y de la colectividad; la prevención diagnóstico y tratamiento de las enfermedades; la determinación de las causas de muerte; el peritaje y asesoramiento médico-forense así como la investigación y docencia clínicas en seres humanos.*

##### **Del Secreto Médico**

**Artículo 46.** *Todo aquello que llegare a conocimiento del médico con motivo o en razón de su ejercicio, no podrá darse a conocer y constituye el secreto médico.*

*El secreto médico es inherente al ejercicio de la medicina y se impone para la protección del paciente, el amparo y salvaguarda del honor del médico y de la dignidad de la ciencia. El secreto médico es inviolable y el profesional está en la obligación de guardarlo. Igual obligación y en las mismas condiciones se impone a los estudiantes de medicina y a los miembros de profesiones y oficios para médicos y auxiliares de la medicina.*

**Artículo 48.** *Cuando lo considere necesario, el médico podrá suministrar información sobre la salud del paciente a los familiares o representantes de éste.*

**Artículo 50.** *El médico puede compartir el secreto con cualquier otro médico que intervenga en el caso, quien, a su vez queda obligado a no revelarlo.*

### **De la Investigación en Seres Humanos**

**Artículo 103.** *La investigación clínica debe inspirarse en los más elementales principios éticos y científicos, y no debe realizarse si no está precedida de suficientes pruebas de laboratorio y del correspondiente ensayo en animales de experimentación.*

**Artículo 104.** *La investigación clínica sólo es permisible cuando es realizada y supervisada por personas científicamente calificadas.*

**Artículo 105.** *La investigación clínica solo puede realizarse cuando la importancia del objetivo guarda proporción con los riesgos a los cuales sea expuesta la persona.*

**Artículo 108.** *La persona debe hallarse bien informada de la finalidad del experimento y de sus riesgos y dar su libre consentimiento. En caso de incapacidad legal o física, el consentimiento debe obtenerse por escrito del representante legal del paciente y a falta de éste, de su familiar más cercano y responsable.*

**Artículo 109.** *El método que simultáneamente implica investigación clínica y procedimiento terapéutico, con la finalidad de adquirir nuevos conocimientos médicos, solo puede justificarse cuando involucra valor terapéutico para el paciente.*

**Artículo 110.** *En casos de investigación clínica con fines científicos en sujetos sanos es deber primordial del médico:*

*1. Ejercer todas las medidas tendientes a proteger la vida y la salud de la persona sometida al experimento.*

*2. Explicar al sujeto bajo experimentación, la naturaleza, propósito y riesgos del experimento y obtener de éste, por escrito, el libre consentimiento.*

*3. Asumir no obstante el libre consentimiento del sujeto, la responsabilidad plena del experimento que debe ser interrumpido en cualquier momento en que el sujeto lo solicite.*

**Artículo 111.** *La investigación epidemiológica en seres humanos se regirá por los mismos principios establecidos en la presente Ley.*

## **CAPITULO II**

### **II.1 MARCO TEORICO**

#### **II 1.1 BASES TEÓRICAS QUE SUSTENTAN LA INVESTIGACIÓN:**

Es necesario destacar que para desarrollar esta investigación es preciso identificar conceptos elementales de Salud – Enfermedad, cáncer, Resiliencia y acontecimientos vitales estresantes que presentan los pacientes con cáncer de mama y enfermedades linfáticas como los linfomas sobre las variables de estudio a fin de que sean comprensibles al lector.

#### **II.1.2. SALUD – ENFERMEDAD.**

La Salud y enfermedad siempre han sido entidades opuestas. La presencia de una supone la ausencia de la otra. Desde los tiempos de Galeno se sabe que diferentes enfermedades producen diferentes efectos. Estar ‘sano’ quiere decir sentirse bien y asumir conductas protectoras del estado de salud actual para evitar enfermarse.

Estar ‘enfermo’ significa ausencia de salud, expresable en términos de (a) signos que indican que el cuerpo no está funcionando bien y signos subjetivos de daño físico (dolor, náuseas, insomnio, por ejemplo). Un modelo biopsicosocial es el asunto que plantea en términos y aspectos individuales del paciente (su historia y relaciones sociales, su personalidad y estilo de vida, sus procesos mentales y biológicos) que deben ser considerados al intentar una conceptualización más integral de ambas nociones.

La impronta de las concepciones dualistas de la naturaleza humana ha hecho que la medicina haya abandonado cada vez más una perspectiva unitaria y haya escotomizado todo aquello que no sea científico natural. A pesar de eso, los médicos han sabido desde la antigüedad que la vida psíquica desempeñaba un factor importante en la salud y en la enfermedad.

Siendo así, La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como aquel estado de bienestar físico, psíquico y social, y no sólo como la ausencia de enfermedad.

En este contexto, la enfermedad debe entenderse como un proceso biológico que supone una alteración estructural o funcional, un proceso psicológico que conlleva sufrimiento y dolor, y un proceso social porque supone una invalidez. El modelo más aceptado es el modelo bio-psicosocial así llamado por Engel (1980), que se basa en el entendimiento de qué factores psicológicos, sociales y biológicos intervienen no sólo en la enfermedad, sino también en su recuperación y en la promoción de la salud.

La relación de factores emocionales con el estado de salud en general y con el cáncer en particular, ha sido sugerida desde la antigüedad. Hipócrates ya hablaba de la relación entre personalidades melancólicas y el cáncer. Galeno, en la misma línea, pensaba que las mujeres de temperamento melancólico estaban más expuestas al desarrollo de neoplasias que las mujeres de temperamento sanguíneo. Sin embargo no es hasta la década de los 50 cuando comienza a estudiarse de forma sistemática la posible implicación de distintos factores psicosociales en la etiología y evolución del cáncer.

En cualquier caso, la proposición formal es que ‘salud’ y ‘enfermedad’ en realidad son un *continuum* en uno de cuyos lados se sitúa la muerte y en el otro el bienestar (Bradley 1993). De alguna manera, todos somos casos terminales y, al mismo tiempo, siempre que tengamos un aliento de vida, todos somos saludables.

Resulta entonces obvio que la gradación del *continuum* dependerá de nuestra exposición a microorganismos dañinos y procesos destructivos, por un lado, y por el otro, dependerá de las medidas preventivas que asumamos, de la resistencia a la enfermedad.

El optimismo y el continuum salud – enfermedad ha demostrado en varios estudio de las emociones positivas liderado por Barbará Fredrickson (2001), donde encontraron que las emociones positivas contribuyen a hacer más resistentes a las personas frente a la adversidad y ayudan a construir la resiliencia psicológica frente a las experiencias traumáticas.

La investigación generalmente coincide en afirmar la existencia de fuertes nexos entre la personalidad individual y la salud. Así, las personas que normalmente reaccionan con altos niveles de ansiedad, depresión, hostilidad o pesimismo parecen estar en mayor riesgo de desarrollar enfermedades (Everson y otros 1996)

Lyubosmirsky, King, Diener (2005), han realizado múltiples estudios sobre los beneficios de las emociones positivas señalando que el cultivo de las mismas conduce a resultados deseables en las diferentes esferas de la vida: matrimonio, amistad, trabajo, desempeño social y salud. lo que evidencia que la felicidad se correlaciona con sucesos deseables y emociones positivas.

De la misma manera, la gente difiere en el modo de enfrentar las situaciones que suponen elevados índices de estrés, y hay quienes se aproximan a ellas con contenidos emocionales relativamente positivos,



manteniendo enfoques optimistas y esperanzadores ( resilientes ) . Parece ser que este tipo de personas se enferma menos (y se recupera más rápidamente) que quienes enfrentan las situaciones estresantes de modo menos positivo.

### **II.1.3 FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA REACCION DEL PACIENTE FRENTE A LA ENFERMEDAD.**

Enfermar supone enfrentarse a un mundo hasta entonces desconocido y negado. Todo individuo cuando enferma, experimenta una serie de reacciones emocionales ante la enfermedad que el médico debe considerar. Existen muchos factores que intervienen en esas reacciones, entre los que destacan la personalidad del paciente, su edad, el tipo de enfermedad, la familia, los amigos, el hospital y además los profesionales de la salud.

**Diagnóstico.** Debemos ser precisos valorando todos los síntomas físicos y psicológicos del paciente, puesto que una buena valoración facilita la atención en todas sus necesidades, disminuyendo los sentimientos de desesperanza y desamparo que pudieran presentarse.

**Represión Emocional.** En muchas ocasiones el paciente guarda silencio y no comparte con nadie sus miedos y preocupaciones por no inquietar a la familia y/o ser una carga para sus allegados. Ocasionando un mayor nivel de estrés.

**Apoyo Social.** El apoyo social refiere a la ayuda institucional, familiar y de amigos percibidos por el paciente, como una variable que favorece o dificulta, el proceso de adaptación a la enfermedad y su desenvolvimiento.

## II.1.4 COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE

Es a través del diálogo efectivo que se aúnan esfuerzos para consolidar una comunicación entre el paciente y el médico tratante, donde se convergen acciones que propicien un flujo de información donde se estimule la habilidad para escuchar. La comunicación en el hombre, ha evolucionado a través del tiempo, y continúa haciéndolo en forma apresurada y prodigiosa, si recordamos que en su forma más primitiva se inicio con modelo emisor-mensaje- receptor, en la actualidad se toman en cuenta otros aspectos. Robertson. (1997) Expone:

*“Los factores de estrés interno o externo nos impiden escuchar con atención. La experiencia pasada actúa como un filtro y nos llena de prejuicios sobre el significado de los que el hablante intenta trasmitirnos.”*

Lo anteriormente expuesto permite afirmar que es significativa la comunicación entre el paciente y el médico tratante, para que exista un intercambio entre la información suministrada y como la recibe el paciente para influir en la conducta de estos. En este sentido Poveda J. y Laforet (2009) señalan: Comunicarse con el paciente, es dejarle hablar, hacer preguntas abiertas, dar tiempo, y prestar una actitud de escucha activa. Escuchar en silencio.

En este sentido se debe propiciar el respeto, la empatía, la armonía y el deseo de transmitir con amor mensajes de una forma clara, diáfana y consolidando solidaridad humana e incrementando el compromiso de ayuda, creando un ambiente donde reine la serenidad, el compañerismo y el respeto a la dignidad humana. Goleman (2000) señala:

Las relaciones interpersonales son un punto esencial del programa, lo que incluye aprender a escuchar y a formular las preguntas correctas a discriminar entre lo que el otro expresa y los propios juicios y reacciones,

a ser positivo antes de estar enfadado o en una actitud pasiva, y a aprender el arte de la cooperación, la solución de conflictos.

En este orden de ideas, el médico tratante debe transmitir información de una forma transparente, concisa, generando compromiso, inspirando confianza y consolidando esfuerzos para generar un flujo comunicacional óptimo que integre y armonice relaciones humanas afectuosas.

De acuerdo a este enfoque Poveda J. (1981) expone:

*Comunicar es fluir, es actuar fácilmente. Es vivir el presente. La primera barrera que se opone a la comunicación interpersonal es nuestra tendencia espontánea a juzgar, evaluar, aprobar y reprobar las afirmaciones de la otra persona o del otro grupo.*

**Cuándo el pronóstico es malo, ¿Qué Información debe darse al paciente y como deben hacerse?**

Existen 3 modelos:

a) Ocultar el diagnóstico y el pronóstico al paciente.

La relación médico-paciente es de carácter paternalista, con poca comunicación entre ambos. En este modelo se asume que el paciente necesita ser protegido de las malas noticias, o que no quiere conocerlos.

b) Informar sobre el verdadero diagnóstico y pronóstico al paciente, y el paciente es quien toma las decisiones si desea saberlo o no.

c) Comunicar el diagnóstico y el pronóstico de forma individualizada, Se trata del modelo Ideal. En 1993, la División de Salud Mental de la

Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó una monografía dedicada a cómo contar las malas noticias al enfermo. Las conclusiones fueron las siguientes:

1. Antes de informar al paciente, el médico deberá tener un *plan*. Es decir, deberá, haber considerado cuál es la mínima información que el paciente o los familiares necesitan saber para tomar decisiones de cara al futuro y cuál es la máxima información que se les puede dar en función de la seguridad del diagnóstico (p. Ej., cuando lleva un excesivo número de pruebas diagnósticas).
2. Dar el *control* a paciente sobre lo que quiere saber y cuándo lo quiere saber.
3. El médico deberá *averiguar lo que el paciente piensa sobre su enfermedad*. Deberá preguntarle lo que él cree que le sucede y lo que le preocupa. Normalmente el médico asume que el paciente tiene miedo porque va a morir, peor en muchos casos lo que le asusta es una muerte dolorosa.
4. Permitir al paciente que se tome tiempo para sumir toda la información, es importante no sobrecargar al paciente y ofrecerle la información en varias sesiones.
5. Dar alguna buena noticia o por lo menos esperanza. Incluso aunque sepamos que un 95% de los pacientes con la misma enfermedad morirá en 6 meses, el hecho es que un 5% no lo hará y el paciente podría ser de ese 5%.
6. Ofrecer al paciente un plan de tratamiento, aunque no se tenga el diagnóstico definitivo, ya que los pacientes se muestran muy agradecidos cuando ven que alguien sabe lo que está haciendo y parece controlar la situación.

7. El médico nunca deberá dar falsas esperanza o mentir, pues esto destruirá la confianza, así como la relación medico – paciente.

La disyuntiva sobre si es mejor decirle la verdad a un enfermo de cáncer o no, últimamente está desapareciendo. Cada vez existe más, una tendencia a que decirle la verdad es lo más apropiado, para que el paciente juegue ese papel fundamental en su búsqueda de la salud. Pero no todo el mundo reacciona igual ante un diagnóstico de cáncer por ejemplo, por lo que hay que saber cómo va a actuar ese sujeto al recibir la noticia y así saber cómo y en qué momento dársela. La información sobre el proceso de su enfermedad debe ser continua, progresiva, ajustada a los recursos del paciente y a lo que el paciente pregunte y quiera saber.

Así mismo Poveda y Laforet (2009) expresa:

*Para ser eficientes en nuestro rol como médicos de pacientes que enfrentan su muerte no bastan la buena voluntad y la espontaneidad, sino que es necesario un largo proceso de reflexión interna y personal de nuestra postura ante la vida y la muerte, al igual que adquirir conocimientos y técnicas que nos permitan una relación afectiva y efectiva.*

Por lo anterior expuesto, y de las opiniones emitidas, se pone de manifiesto el rol del médico y su relación con el paciente al momento de su diagnóstico y evolución, en muchas ocasiones nos enfocamos de manera individual en la enfermedad sin tomar señal de la reacción que el paciente pueda desencadenar al comunicarle que presenta una enfermedad mortal.

*Los pacientes que se muestran aprensivos suelen morir con rapidez aún cuando su cáncer se diagnostique precozmente y el tratamiento que reciba sea el adecuado. Por el contrario los pacientes que rechazan las implicaciones del cáncer, usualmente mejoran". (Miller, 1980).*

Es por ello que estudios recientes han demostrado que la sensación de control del paciente, aumenta la capacidad para responder de forma adecuada a la enfermedad; Fanis (1977) demostró que pacientes con un grado moderado de temor frente al ingreso eran más capaces de procesar mejor la Información que recibían sobre su enfermedad y tenían más posibilidades de recuperación. Posteriormente diversos estudios han demostrado que los Informados con antelación sobre que esperar de la medida, tienen una sensación mayor de control y son capaces de tomar decisiones correctas, lo que mejorará todos los resultados.

Devine (1992). Concluyó que educando psicológicamente a los pacientes quirúrgicos, disminuye el tiempo de estancia hospitalaria, la incidencia de complicaciones médicas, el grado de dolor quirúrgico y la necesidad de analgésicos.

En virtud de lo planteado, se evidencia claramente la importancia de aminorar los grados de estrés por el cual está pasando el paciente en el momento de dársele el diagnóstico de una enfermedad que puede ser terminal, o que se desencadenaran efectos físicos sintomáticos severos, de esta manera podrá sobrellevar la dura carga que acarreará el tratamiento, o las cirugías que deban presentarse en el futuro.

## **II.2.1 ESTRÉS.**

Se ha estudiado el estrés como el nivel de tensión que siente el individuo como respuesta ante la valoración de los estímulos percibidos en su vida. Este que se denomina como el efecto reactivo de la valoración que se hace, de acuerdo al sistema de creencias de los estímulos psicológicos, emocionales, sociales, energéticos, físicos y químicos que se perciben del interior o del entorno mediante los receptores.

No son los eventos o circunstancias del entorno los que generan estrés psicológico, sino la manera de interpretarlo, por tanto si se cambia la manera de valorar la confianza y capacidad en si mismo ante el entorno, será capaz de afrontar las dificultades de manera más acorde a la realidad.

Entre todos los factores psicológicos sospechosos de ejercer influencia en el desarrollo del cáncer, el ESTRÉS es el de mayor influencia, es el de mayor probabilidad de producir cáncer por su demostrado efecto sobre el sistema inmunológico. La respuesta ante el estrés incluye aumentos en la presión arterial procesos virales frecuentes a cambios fisiológicos que inducen a una mayor reactividad del sistema inmunológico y genera la posibilidad de sufrir una neumonía o inmunodeficiencia humoral, ataque cardíaco o empeorar una condición ya existente.

La reactividad incluye la producción por el sistema endocrino de catecolaminas y corticosteroides que, a niveles extremadamente altos, pueden causar un errático funcionamiento cardíaco y conducir a la muerte súbita. Algunas de estas hormonas, además, generan serios trastornos en el sistema inmunológico. Los incrementos en epinefrina y cortisol, por ejemplo, se asocian a una disminución en la actividad de las células T y

B, cuestión que parece ser muy importante en la aparición y desarrollo de algunas enfermedades infecciosas y cáncer (Kiecolt-Glaser y Glaser 1995).

¿Cuándo una situación estresante se convierte en riesgosa para la salud?

Cuando un evento tensionante se hace estable en el tiempo, o sea, cuando su intensidad permanece por largos períodos, el riesgo de que cause un efecto dañino para la salud es sustancialmente alto.

Según Selye, el estresor, puede ser también psicológico, cognitivo o emocional, y la respuesta de estrés está constituida por un mecanismo denominado Síndrome General de Adaptación (SGA), el cual tiene tres etapas :

a) Reacción de alarma: cuando el organismo reacciona instantáneamente ante estímulos a los cuales no se encuentra adaptado. Esta etapa tiene 2 fases : choque , reacción inicial ante el agresor, y contra choque , reacción de rebote . b) Etapa de resistencia : la adaptación por parte del organismo ante el agente estresor, con la cual mejoran y desaparecen los síntomas. Se resiste más el agente nocivo y hay menor resistencia de otros estresores.

c) Etapa de Agotamiento: el agotamiento se da si el agente estresor se vuelve prolongado y excesivamente nocivo, por lo tanto, reaparecen los síntomas iniciales de la reacción de alarma y el organismo podría morir. ( Perdrizet GA.1997)

Así, el afrontamiento resulta un mecanismo protector ante el estrés y su modulación, y la resiliencia se convierte en el pilar fundamental que le permite al paciente oncológico adaptarse constructivamente a su nueva realidad. Los signos y síntomas de una reacción psicológica ante una situación de crisis se producen en las áreas emocionales, cognitivo, fisiológico y de conducta, reflejados en el siguiente cuadro. Las personas,



tras una situación crítica, presentaran algunos de estos síntomas en mayor o menor medida.

<b>Emocionales</b>	<b>Cognitivos</b>	<b>Comportamentales</b>
<b>Fisiológicos</b>		
Ansiedad anticipatoria	Culpabilización	Hiper o hipoactividad Hipersudoración
Ansiedad generalizada	Preocupación	Trastornos del habla Palpitaciones
Reacciones de pánico	Bloqueo mental	(verborrea, mutismo) Taquicardia
Shock	Sensación de pérdida Inhibición de control	Hiperventilación
Miedo torácica	Negación	Desconfianza, Opresión
Sentimientos y de culpa	Amnesia  Confusión	Trastornos de la alimentación  tensión muscular Abuso en la ingesta de tóxicos,
Cefalea		
Enfado	Ideación autolítica	(alcohol, droga) Midriasis
Rabia	Sensación de impotencia	Alteraciones del sueño y Sensación de ahogo
Irritación	Dificultades de atención	Fatiga Mareos
Hostilidad nauseas	Dificultades de concentración	Agresividad, malestar ,
Rencor antisociales, Parestesias	Dificultades en la toma decisiones	Actos
Tristeza	Hipocondriasias	Escalofríos y temblores

Depresión	Alteraciones de la alerta	Cambio o pérdida de rol social
Aflicción	Desorientación tiempo-espacio.	Lloros
Desesperación	Alteraciones de la conciencia	Gritos
Sensación de extrañeza o Aislamiento		irrealidad

Signos y síntomas de una reacción psicológica ante una situación de crisis (Mitchell, 1986)

## II.2.2 FASES DE REACCIÓN AL ESTRÉS.

Las reacciones habituales ante el estrés suelen pasar por cuatro fases: Fase aguda, Fase de reacción, Fase de reparación. Fase de reorientación.

**Fase aguda:** Pasados los primeros momentos. Se producen estados afectivos intensos. Respuestas emocionales manifiestas: angustia, ansiedad, ira, irritabilidad, hipervigilancia, manifestaciones vegetativas, sensación de irrealidad.

En ocasiones esta descarga emocional es tardía con llanto, agitación, gritos, verborrea, relajación esfínteres, respuestas agresivas. Alteración relaciones interpersonales. Pueden producirse diferentes respuestas según sexos.

**Fase de reacción:** Dura de una a seis semanas. Se producen reacciones tardías: los sentimientos previamente reprimidos o negados pueden salir a la superficie. Pueden aparecer sentimientos dolorosos abrumadores, dejando a las personas debilitadas. Las reacciones características son: Temor a regresar al evento. Sueños o pesadillas. Ansiedad, ánimo triste y lábil, tensión muscular. y aumento de la irritabilidad.

**Fase de reparación:** Dura de uno a seis meses. Se diferencia en que las reacciones son menos intensas y no tan abrumadoras. Los sentimientos de dolor persisten, pero se los puede sobrellevar. Se vuelve a sentir interés por los hechos cotidianos. Se hacen planes para el futuro.

**Fase de reorientación:** Aproximadamente seis meses o más. Se llega a asimilar e integrar la situación vivida. Se produce la readaptación a su vida cotidiana. Las intensas reacciones ante el estrés se han reducido sustancialmente. Es importante evaluar las necesidades actuales.

Las reacciones ante el estrés dependerán de muchos componentes: La naturaleza del estresor, la intensidad percibida, el momento de aparición, la duración de los síntomas, el grado de exposición, edad, experiencia, personalidad y consecuencias.

La proporción de personas que reaccionaran de una u otra manera en los momentos de crisis, según Robles y Medida expresan como sigue:  
“Las Crisis en el Estado Psicológico”

**Reacciones esperables:**

CONDUCTA ADAPTATIVA: Reacciones de calma, protección y auxilio.  
12 a 20%.

CONDUCTA DE TENDENCIA INDEFINIDA: Inseguridad, indecisión, responderá a la presión del ambiente. 50 a 60%

**CONDUCTA DESADAPTADA**

Reacciones emocionales intensas: oposición/negación.

Agitación<----->Inhibición o estupor. 20 a 25%

Según esto vemos que hasta un 20 % reaccionaran de una forma adaptativa, con recursos de afrontamiento suficientes para hacer frente a la intensidad de la situación y actuarán de la forma más adecuada con el menor malestar posible. Otro 20 o 25% lo harán de una forma muy desajustada. Pero existe una gran mayoría, de entre un 50 o 60 %, cuya conducta dependerá de una serie de variables que harán que consigan salir “airosos” de la situación e incluso fortalecidos o por el contrario no consigan sobreponerse apareciendo diversas patologías.

Siempre habrá que tener en cuenta que según el grupo de población las manifestaciones al trauma pueden ser diferentes y por eso las intervenciones de ayuda difieren. Entre estas poblaciones están los niños, adultos mayores, discapacitados, enfermos mentales y enfermos crónicos.

Además, aun cuando la situación se prolongue en el tiempo, existen otras variables a tener en cuenta para determinar el poder estresor del diagnóstico en cada paciente concreto. Según Rodríguez (2006), el evento será más perjudicial en la medida en que la interpretación de la situación sea percibida como una amenaza para diferentes aspectos de la existencia del enfermo: su vida, su integridad corporal, su capacidad.

También se dan varias circunstancias que resultan difíciles para los pacientes como la posibilidad de sufrir dolor físico, la necesidad de enfrentarse con sentimientos como la cólera, el tener que modificar roles socioprofesionales, la posible separación de la familia, las hospitalizaciones y pruebas diagnósticas, los tratamientos, la necesidad de comprender una nueva terminología médica, el tener que tomar decisiones en momentos de estrés, la necesidad de depender de otros, la posibilidad de tener que modificar su concepto del tiempo, perder intimidad física y psicológica. Broche Pérez (2011).

Algunas investigaciones (Stark, 2002) señalan que los pacientes más vulnerables a estas situaciones son pesimistas, proceden de una familia problemática, o tienen problemas con su pareja, están divorciados o viudos o no tienen apoyo social. Además los pacientes más jóvenes también experimentan sentimientos más negativos, que además se asocian a niveles elevados de dolor o fatiga, menores niveles de funcionamiento físico y cognitivo.

Un factor que también debe tomarse en cuenta es la gravedad de la enfermedad en el momento del diagnóstico. Los pacientes diagnosticados en fases más avanzadas de la enfermedad presentarán mayor malestar psicológico en el futuro que los que han sido diagnosticados en fases menos avanzadas (Voogt, 2005). Las reacciones psicológicas ante la enfermedad pueden disminuir la calidad de vida del enfermo de cáncer e incluso ser desencadenantes de diversos trastornos psiquiátricos como la ansiedad o la depresión, lo que a su vez dificulta la adaptación y el afrontamiento de la enfermedad. (Camacho, 2003).

Para Víctor Frankl, la búsqueda de sentido en mitad de una situación dolorosa (como por ejemplo, la búsqueda de elementos positivos, la búsqueda de encontrar de la mejor actitud posible ante lo que está pasando) sería lo que condicionaría la respuesta ante la misma. Por lo tanto, el sentido podría tener un papel muy importante en la adaptación a situaciones que se viven como estresantes.

Así mismo Frankl, el sentido de la vida estaría también relacionado con la auto-trascendencia o posibilidad de ir más allá de uno mismo ayudando por ejemplo a los demás o abriéndose a la dimensión espiritual. En palabras de Frankl: "Ser hombre significa estar preparado y orientado hacia algo que no es él mismo" (p.37) (13).

De forma similar Taylor (2000) argumenta la adaptación a situaciones muy estresantes, está condicionada parcialmente por la habilidad del individuo de encontrar un sentido (positivo) a la situación negativa.

### **II.2.3 ESTRÉS Y CANCER:**

El que una situación sea catalogada como estresante o no depende de la percepción del sujeto, de sus cogniciones subjetivas. El cáncer es percibido (la mayoría de las veces) como una situación de amenaza, la cual genera estrés. Mas sin embargo no todo evento vital significativo o impactante, ni siquiera todo suceso adverso se cataloga como amenazante.

En un estudio realizado por Massie y Holland (1987) con 215 pacientes de cáncer se determinó que, si bien el 53% de la muestra presentaba un ajuste adecuado al estrés generado por la enfermedad, el 47% presentaba signos clínicos de trastornos psicopatológicos. Predominaban en estos casos, cuadros de ansiedad agudos y depresiones mayores, encontrándose una minoría con trastornos de personalidad descompensados. La aparición de los cuadros psicopatológicos es especialmente visible en aquellos pacientes que experimentan dolor a causa de la enfermedad y el cuadro de mayor predominio es la depresión mayor.

La información recogida en diferentes estudios a nivel internacional muestra que más del 50% de los pacientes presentan signos y síntomas psicopatológicos, debido al elevado nivel de estrés al que deben hacer frente durante su enfermedad incluso después de ella y que merman su calidad de vida. Entre el 20-35% de los pacientes con cáncer presentan

morbilidad psicopatológica tras el diagnóstico, un 37-40% de los que recibe quimioterapia y entre el 35-50% de los que se encuentran hospitalizados.

Todo esto cobra mayor importancia si analizamos que en la última década, los casos de pacientes con enfermedades oncológicas han aumentado considerablemente en el mundo de manera general, los indicios de ansiedad patológica nos hace suponer que existen índices elevados de este factor relacionados a la enfermedad oncológica.

Este incremento tiene una incidencia directa con el bienestar psicológico, no solo del paciente, sino también de la familia. Pretender ser efectivo en el enfrentamiento a la enfermedad oncológica, solamente sobre la base de los medicamentos y las terapias tradicionales, es utópico. La “parafernalia tecnológica” que procura mostrar la medicina moderna como irrefutable, cada día se aleja más de la práctica humanizada de las enfermedades y al mismo tiempo deshumaniza al paciente, quien, junto al conjunto de síntomas físicos que experimenta como desagradables, se ve envuelto en infinidad de experiencias emocionalmente displacenteras y potencialmente dañinas para su estado de salud.

Cuando revisamos la literatura relacionada con el enfermo oncológico, encontramos un grupo de ella que incluye a la familia o a uno de sus miembros y se centra en la efectividad del tratamiento para mejorar diferentes síntomas o sufrimiento psicológico en los pacientes o sus familiares, reconociéndose así, que ambos actores deben ser atendidos.

Los estudios de los efectos del estrés sobre el cáncer empezaron a cobrar fuerza a raíz de las investigaciones de Leshan y Worthington en 1956. Sobre la influencia de las pérdidas psicosociales sobre el cáncer.

Leshan en un estudio realizado con una muestra de 450 enfermos de cáncer encontró en un 72% de ellos una historia emocional muy parecida:

1. Sensación de soledad y aislamiento durante la niñez y adolescencia junto a dificultades de relaciones emocionales intensas.
2. Desarrollo posterior de una relación emocional muy significativa que proporciona sensación de aceptación y plenitud.
3. Pérdida por muerte o separación de esta relación, que se sigue de profundos sentimientos de desesperación y pérdida de sentido vital.

Según Leshan los primeros síntomas de cáncer aparecen entre seis y ocho meses después de la pérdida. Greene concluye igualmente en sus estudios que un gran número de pacientes enfermos con linfomas y leucemias, con una pérdida importante, altamente valorada por el paciente, se presenta con frecuencia antes de la aparición de los primeros síntomas de la enfermedad cancerígena.

#### **II.2.4 CRONICIDAD DEL ESTRÉS**

Una serie de estudios, parecen demostrar que el estrés agudo facilita el desarrollo de los tumores, mientras que el estrés largamente sostenido inhibe este crecimiento. Monjan y Collector en 1977 realizaron unos experimentos de someter ratones a un estrés sonoro intermitente y observaron que a las dos semanas (estrés agudo) la actividad de los linfocitos T y B estaba disminuida. Sin embargo después de dos meses de sonido intermitente (estrés crónico) la respuesta mitógena fue aumentada.



De manera similar Folch y Waksman ( 1974 ) habían sostenido un programa de privación de agua y sometimiento a ruido a un grupo de ratones durante 5 días, que dió resultados de depresión de las células T. El nivel de células T fue aumentando después de 2-3 semanas de privación de agua y ruido. Los ratones parecían haberse habituado a la situación estresante.

Según Eysenck a partir de los estudios realizados con animales, debemos distinguir entre el estrés agudo y el crónico, lo llama efecto inoculación, como si la experiencia anterior al estrés inoculara al animal contra el estrés subsiguiente, reinvertiendo incluso los cambios biológicos. Mientras el estrés agudo aumenta la incidencia de tumores espontáneos, el estrés crónico tiene los efectos contrarios.

Zimel en 1977 mostró como el estrés agudo favorecía las metástasis, y como el estrés crónico la inhibía, tal como parece ser que el estrés crónico inhibe la formación y crecimiento de los tumores. En esta línea, Sklar y Anisman dicen: “El estrés agudo lleva a la depleción de catecolaminas y aumento en acetilcolina, síntesis aumentada y secreción de hormonas e inmunosupresión.

Sin embargo, O’ Leary en 1990 expone que el estrés crónico se asocia con la supresión de la función inmune y comenta que hay evidencia de que dicho sistema no logra reponerse con el tiempo.

#### ***II.2.5 ENFRENTARSE AL TRATAMIENTO COMO POTENCIAL GENERADOR DE ESTRÉS.***

Existen diferentes tipos de tratamientos que suelen aplicarse en la medicina convencional: Cirugía, Quimioterapia, Radioterapia, Hormonoterapia, Inmunoterapia.

Estos tratamientos producen una serie de efectos secundarios, los cuáles incluso pueden llevar al paciente a abandonar el tratamiento: fatiga; náuseas y vómitos; alopecia (pérdida del cabello); lesiones en la boca, labios y garganta (Mucositis); pérdida del apetito; cambios en el gusto y olfato; estreñimiento o diarreas.

Temer al cáncer, no sólo implica miedo a la enfermedad sino también al propio tratamiento y sus efectos secundarios. Es importante intentar borrar los miedos de la mente porque el miedo provoca ansiedad y ésta puede hacer que las reacciones al tratamiento sean peores. La mayoría de estos efectos secundarios se pueden controlar por medio de técnicas de relajación, visualización y terapias cognitivas. De aquí se deriva, que al igual que es necesario utilizar las técnicas biomédicas para conseguir la curación, también son necesarias las técnicas psicológicas, porque así como la causa del cáncer es multidisciplinario, el tratamiento debe ser multidisciplinario.

En la actualidad, además de los grupos de soporte emocional, las estrategias biocomportamentales que involucran la autorregulación y cuyas modalidades incluye relajación, visualización, estrategias asistidas de biorretroalimentación, el uso del humor y la hipnosis resultan de gran valor en la búsqueda del aumento de la función inmune y por lo tanto de la salud. Los métodos mencionados aumentan las habilidades de afrontamiento, permiten el aumento de la sensación de control y la sensación de bienestar, elementos que juegan un papel esencial en el progreso de cualquier enfermedad (Halley, 1991).

### **II. 3.1. LA PSICONEUROINMUNOLOGÍA ANTE EL CÁNCER.**

Los científicos utilizan el término psiconeuroinmunología para referirse a la rama de la medicina centrada en el estudio de la conexión entre nuestras emociones o pensamientos y la actividad del sistema nervioso inmunitario. Se ha descubierto que las emociones negativas inducen la disminución de las defensas y las positivas favorecen su incremento.

Seyle (1956): pionero en el estudio de la influencia del estrés en la salud. Demostró que la ansiedad recurrente repercute negativamente en la salud y en su recuperación. Comprobó que cuando se sometía a las ratas de laboratorio a situaciones de estrés crónico, los linfocitos T (células del sistema inmunológico) sufrían una depresión, con lo que la posibilidad de enfermar se incrementaba.

Glaser & Glaser (1983), compararon la actividad del sistema inmunológico de los estudiantes durante los exámenes finales y un mes antes de éstos. Se observó que en época de exámenes las células NK (células Killer o asesinas), cuyo objetivo es defendernos de las células tumorales, sufrían una disminución por el miedo o estrés ante el examen final.

En resumen, el estrés emocional influye:

- En la función de las células NK
- Altera la actividad de los linfocitos T cooperadores (estimulan la producción de anticuerpos).
- Altera la actividad de los linfocitos T superiores (encargados de frenar el proceso de producción de anticuerpos).
- Inhibe la producción de interferón (proteínas que estimulan el sistema inmunológico).

En el mismo estudio de Glaser & Glaser se concluyó que la práctica de relajación durante los exámenes se correlacionaba con un aumento de los niveles de los linfocitos T. Lo que da como premisa que el ayudar a mantener un equilibrio emocional y de relajación donde el aquí y el ahora se complementan positivamente, nos proporciona un estado de salud optima.

Levi (1982, 1983), comprobó cómo un grupo de treinta pacientes de cáncer en remisión, con los que había practicado la relajación y les había invitado a participar en una terapia cognitiva, se producía un aumento de la actividad de las células NK. La relajación, visualización y la terapia cognitiva, junto con los tratamientos oncológicos son de utilidad ya que muchas veces nuestra respuesta al estrés y las consecuentes alteraciones psicológicas dependen, casi siempre, de la interpretación inadecuada de los acontecimientos de la vida cotidiana.

Vivir la enfermedad como una situación de amenaza de la cual va a ser difícil o imposible escapar y que nos va a generar grandes sufrimientos, puede ser poco beneficioso si tenemos en cuenta que esos pensamientos producen ansiedad la cual perjudica la actividad del sistema inmunológico.

"Desde el momento en que el estado psicológico de un individuo es potencialmente capaz de influir en el curso de enfermedades en las que se encuentra implicado el sistema inmunitario tales como infecciones, enfermedades autoinmunes y ciertos tipos de cáncer, la investigación de los vínculos existentes entre el psiquismo y la inmunidad posee tres importantes consecuencias clínicas:

- ✓ Posibilidad de que los tratamientos psicológicos puedan usarse como terapéuticas de apoyo para debilitar la respuesta inmunológica tanto en enfermedades amenazadoras para la vida como en trastornos menos graves.
- ✓ Posibilidad de que tales tratamientos puedan usarse, igualmente, para mejorar la actividad del sistema inmunitario, particularmente, en grupos especialmente vulnerables.
- ✓ Y, finalmente, clarificación de la importancia de la protección que es capaz de proporcionar un enfoque positivo de la existencia".Bayés 1991.

La salud empieza a entenderse como resultado de la interacción entre lo físico, ambiental y psíquico, y cada vez son más los profesionales que admiten el papel que las emociones y actitudes juegan en la curación del cáncer. Es un hecho demostrado la interconexión entre los procesos mentales y el funcionamiento de nuestro organismo, por ello en la curación tan importante es un tratamiento dirigido a sanar el cuerpo como a procurar mantener un equilibrio psicológico.

Las emociones y actitudes negativas al enfrentarse a la enfermedad, pueden ser más dañinas que ésta porque pueden interferir en el tratamiento. Hay que intentar hacer comprender al paciente que para enfrentarse al cáncer, es necesario que el cerebro registre emociones positivas y así aumentar las habilidades inmunológicas para luchar contra el cáncer y, que por tanto, la sanación no es exclusiva de la medicina, sino que el propio enfermo juega un papel fundamental en ella.

#### **II.4.1. CÁNCER : DESCRIPCIÓN GENERAL**

El Cáncer tiene impacto psicológico brusco afectando el estado emocional de la persona. El cáncer, que puede originarse a partir de cualquier tipo de célula en cualquier tejido corporal, no es una enfermedad única sino un conjunto de enfermedades que se clasifican en función del tejido y célula de origen.

El cáncer no es una enfermedad única, sino un grupo de enfermedades con localización, clínica y evolución diferente, pero con fundamentos biológicos comunes: crecimiento celular incontrolado con pérdida de la diferenciación y capacidad para difundir, invadiendo los tejidos próximos y generando metástasis.

En la actualidad, hay millones de personas que viven con cáncer o que han padecido la enfermedad. Sin embargo, el progreso en la detección, diagnóstico y tratamiento de la misma han aumentado la tasa de supervivencia para muchos tipos de cáncer, generando nuevos desafíos en su existencia y en la calidad de vida como sobrevivientes.

The American Cancer Society (American Cancer Society, 2005) describe a esta enfermedad como un crecimiento descontrolado de células de alguna parte del cuerpo. Aunque existen muchos tipos de cáncer, todos comienzan debido al crecimiento sin control de las células anormales. Las células normales del cuerpo crecen, se dividen y mueren en una forma ordenada. Debido a que las células anormales continúan creciendo y dividiéndose, estas en lugar de morir, viven más tiempo y continúan formando nuevas células anormales.

El cáncer usualmente asume forma de tumor. Algunos tipos de cáncer, como la leucemia, no forman tumores, sino que estas células cancerosas afectan la sangre y los órganos que producen la sangre (la

médula ósea, el sistema linfático y el bazo) y circulan a través de otros tejidos en los que se pueden acumular.

Las células cancerosas a menudo viajan a otras partes del cuerpo donde comienzan a crecer y a reemplazar el tejido normal. Este proceso, llamado metástasis, ocurre a medida que las células cancerosas entran al torrente sanguíneo o a los vasos linfáticos de su cuerpo. Se puede decir, a grandes rasgos, que el cáncer se define por cuatro situaciones:

1. Se origina en cambios genéticos en un sola célula, que se multiplica hasta formar una línea o clones de células malignas similares (clonalidad).
2. El crecimiento de las células malignas no es regulado adecuadamente por las influencias normales biológicas y físicas de la célula o el cuerpo (autonomía)
3. No se produce una diferenciación normal y coordinada de células (anaplasia)
4. Las células cancerosas, a diferencia de las normales, desarrollan la capacidad de difundirse y crecer en partes distantes del cuerpo (metástasis).

#### **II.4.2 CANCER DE MAMA.**

En relación a lo antes expuesto el cáncer de mama es una proliferación maligna de células epiteliales que revisten los conductos o lobulillos de la mama. La National Cancer Institute (National Cancer Institute, 2005), agencia dedicada a la prevención, difusión y tratamiento del cáncer en los Estados Unidos define al cáncer de mama como una afección en la cual se forman células malignas en los tejidos de la mama.

La mama está compuesta por lóbulos y conductos, Cada mama tiene 15 a 20 secciones llamadas lóbulos, las cuales comprenden secciones más pequeñas denominadas lobulillos. Los lobulillos terminan en una cantidad de bulbos minúsculos que pueden producir leche. Los

lóbulos, los lobulillos y los bulbos están conectados por tubos delgados denominados conductos. Cada mama tiene también vasos sanguíneos y vasos linfáticos. Los vasos linfáticos transportan un líquido incoloro llamado linfa.

Estos se comunican con órganos pequeños llamados ganglios linfáticos, los cuales son estructuras con forma de garbanzo que se encuentran en todo el cuerpo. Estos últimos filtran sustancias en un líquido llamado linfa y ayudan a proteger contra infecciones y enfermedades. Grupos de ganglios linfáticos se encuentran cerca de la mama en la axila, sobre la clavícula y en el pecho.

El tipo más común de cáncer de mama es el CARCINOMA DUCTAL, el cual comienza en las células de los conductos. El cáncer que se origina en los lóbulos o los lobulillos se denomina CARCINOMA LOBULILLAR y se encuentra con mayor frecuencia en ambas mamas que otros tipos de cáncer de mama.

El PROCESO INFLAMATORIO de mama es un tipo de cáncer en el cual la mama está caliente al tacto, enrojecida e inflamada.

En consecuencia cualquier elemento que aumente las probabilidades de desarrollar una enfermedad se lo conoce como FACTOR DE RIESGO. Diferentes tipos de cáncer tienen factores de riesgo Sin embargo, es importante recordar que estos factores aumentan el riesgo de la persona, pero no siempre “causan” la enfermedad. Muchas personas que tienen uno o más factores de riesgo nunca desarrollan un cáncer, mientras que otras que padecen de esta enfermedad no tienen ningún factor de riesgo conocido.

No obstante, es importante conocer acerca de estos factores de riesgo, de manera que puedan tomarse medidas apropiadas, tales como



cambiar algún comportamiento que afecte la salud o someterse a controles minuciosos con el fin de detectar un posible cáncer (American Cancer Society, 2005).

Entre los factores de riesgo para el cáncer de mama están:

1. Sexo
2. Edad avanzada.
3. Menstruación a temprana edad.
4. Edad avanzada al momento del primer parto o no haber dado nunca a luz.
5. Tener un historial de cáncer del seno o enfermedad de mama benigna
6. Madre o hermana con cáncer de mama.
7. Tratamiento con radioterapia al pecho.
8. Tejido de mama que muestra ser denso a la hora de la mamografía.
9. Uso de hormonas como el estrógeno y la progesterona.
10. Consumo de bebidas alcohólicas.
11. Ser de raza blanca.
12. No haber tenido hijos.
13. Consumo de pastillas anticonceptivas.
14. Sobrepeso.
15. Otros

#### **II.4.3 FACTORES QUE PUEDEN AFECTAR EL PRONÓSTICO Y SUS OPCIONES DE TRATAMIENTO.**

Existen factores que pueden influir o afectar en el pronóstico o posibilidad de recuperación y las opciones de tratamiento del cáncer de mama. Entre ellos:

- ✓ El estadio del cáncer
- ✓ El tipo de cáncer de mama.
- ✓ La concentración de receptores de estrógeno y progesterona en el tejido tumoral.

- ✓ La edad de la mujer, su salud general y el estado menopáusico
- ✓ Si el cáncer ha sido recién diagnosticado o si ha reaparecido.
- ✓ Estructura de personalidad de la paciente y el grado de apoyo social con el que cuenta.

#### **II.4.4 IMPACTO PSICOLÓGICO DE LOS TRATAMIENTOS EN EL CÁNCER DE MAMA:**

La paciente no debe sólo lidiar con el “estar enferma”, con las reacciones de su entorno, con lo significativo para esta sociedad de una mama, sino también con el impacto que los tratamientos causan en ella.

Es necesario nombrar ciertos aspectos que un tratamiento puede causar a una paciente con cáncer de mama:

**Cirugía:** las intervenciones quirúrgicas suponen para la paciente el tomar determinadas decisiones; y escoger implica tener el control de algo. Ello provoca el que algunas mujeres se auto inculpen, todavía más, cuando los resultados no son satisfactorios.

**Mastectomía frente a tumorectomía :** reacciones. En el sumario de respuestas psicológicas a la cirugía se afirma que las pacientes sometidas a una mastectomía sufren más depresiones y mayores dificultades con la sexualidad, la imagen corporal y la identidad femenina que aquellas otras a quienes se les practica una tumorectomía. Estas últimas mantienen los sentimientos de feminidad y atractivo, y están más dispuestas a hablar sobre la enfermedad (Rowland & Holland's, 1989).

Durante y después del acto quirúrgico el paciente puede padecer distintos tipos de estados emotivos que están referidos a ansiedades básicas.(Talgham, 2005).

En la etapa prequirúrgica podemos encontrarnos con ansiedades de tipo confusional y paranoide. La ansiedad de tipo confusional consiste en una amenaza a la integración del yo y conduce a la desestructuración. En general se puede contrarrestar con un buen trabajo de psico-educativo, no exagerado en explicaciones pero sí las suficientes como para devolverle al paciente cierto control sobre la situación y su propio cuerpo.

Los datos epidemiológicos indican que diversos factores genéticos, endocrinos y ambientales están implicados en el desarrollo del cáncer de mama. Dentro de los factores de riesgo no modificables se encuentran los factores genéticos (antecedentes familiares directos), el sexo femenino, edad mayor de 40 años, la raza blanca, antecedentes de hiperplasia atípica de la mama y factores hormonales (menarquía precoz, menopausia tardía, nuligestas). Entre los factores modificables se encuentra la terapia hormonal sustitutiva, el uso prolongado de anticonceptivos y la ingesta alcohólica crónica. (Cantele H. cols 2003)

#### **II.4.5. EPIDEMIOLOGÍA DEL CÁNCER DE MAMA.**

La incidencia de cáncer de mama aumentada se observa en muchos países occidentales a finales de los años 1980 y 1990 probablemente se deban a cambios en los factores reproductivos incluyendo el aumento del uso de la terapia hormonal posmenopáusica ( Restrepo 2008), así como un aumento de las tasas de detección e incidencia en algunos de estos países incluyendo los Estados Unidos, Reino Unido, Francia y Australia, disminuyó considerablemente desde el comienzo del milenio, en parte debido a un menor uso de la hormona posmenopáusica en terapia combinada, por el contrario, las tasas de mortalidad de cáncer de mama ha ido disminuyendo en América del Norte y varios países europeos en los últimos 25 años, en gran parte como resultado de la detección temprana a través de la mamografía y la mejora de tratamiento. ( Leviña R. cols 1998)

Sobre la base de las estimaciones GLOBOCAN 2008, aproximadamente 12,7 millones de casos de cáncer y 7,6 millones de muertes por cáncer se estima que se han producido en el año 2008, de los cuales, el 56% de los casos y el 64% de las muertes ocurrieron en el mundo en desarrollo económico. El cáncer de mama es el cáncer más frecuentemente diagnosticado y la principal causa de muerte por cáncer entre las mujeres, que representan el 23% (1,38 millones) de los casos de cáncer total y el 14% (458.400) de las muertes por cáncer.

Alrededor de la mitad de los casos de cáncer de mama y el 60% de las muertes se estima que ocurren en los países en vías de desarrollo económico. En general, las tasas de incidencia son elevadas en Europa Occidental y del Norte, Australia / Nueva Zelanda y América del Norte, intermedia en América del Sur, el Caribe, y África del Norte, y baja en el África subsahariana y Asia.

En Venezuela se diagnostican cada día 9 casos de cáncer de mama, Como puede observarse, esta neoplasia maligna representa un grave problema de salud pública y el país no escapa a ello, siendo la segunda causa de muerte por cáncer en la mujer venezolana. Según cifras del Ministerio de Salud y Desarrollo Social. En el año 2008 se diagnosticaron en Venezuela 3 549 nuevos casos de cáncer de mama y ocurrieron 1512 defunciones para mujeres y hombres 9 casos de esta causa. De un total de mortalidad para tumores malignos En varones se registraron 10.160 . Mientras que en Mujeres se registraron 9.637 fallecimientos. Registro Central de Cáncer ( Programa de Oncología, Ministerio del Poder Popular para la Salud).

### **II.5.1 LINFOMAS: DESCRIPCIÓN GENERAL.**

En el mismo contexto las patologías Linfopoyéticas fueron descritas en 1832 un artículo titulado “Sobre algunas presentaciones mórbidas de las Glándulas Absorbentes y del Bazo”, Thomas Hodgkin

describió las historias clínicas y los hallazgos macroscópicos post-mortem de 7 casos de la enfermedad que posteriormente llevaría su nombre.

Los linfomas en sí, son un grupo heterogéneo y amplio de síndromes linfoproliferativos tumorales, con expansión clonal de una línea o sublínea linfoide, alterada por mecanismos que inciden en la transformación neoplásica de estas células. Los linfomas tienen una diversidad clínico evolutivo, así como diferentes criterios pronósticos y unas formas de comienzo ganglionar o extra ganglionar. Una combinación de la morfología, inmunofenotipo, características genéticas y clínicas, caracterizan a cada entidad.

### II.5.2. ÓRGANOS QUE TIENEN TEJIDO LINFÁTICO.

El tejido linfático se encuentra en muchas partes del cuerpo descritas a continuación. Debido a que el tejido linfático se encuentra en muchas partes del cuerpo, los linfomas pueden originarse en casi todas las partes del cuerpo. Las principales localizaciones de tejido linfático son (Willians 2004):

- ✓ **Ganglios linfáticos:** los ganglios linfáticos son órganos en forma de frijol que se encuentran por todo el cuerpo, Los ganglios linfáticos en el cuerpo están conectados por un sistema de vasos linfáticos. Estos vasos son parecidos a las venas, excepto que en lugar de transportar sangre, llevan linfa y linfocitos.
- ✓ **Bazo:** el bazo es un órgano que se encuentra por debajo de la parte inferior de las costillas en el lado izquierdo del cuerpo. El bazo promedio de una persona adulta pesa alrededor de 5 onzas. El bazo produce linfocitos y otras células del sistema inmunológico para ayudar a combatir las infecciones.
- ✓ **Timo:** el timo es un órgano pequeño se encuentra detrás de la parte superior del esternón y frente al corazón. Antes del nacimiento, el timo desempeña un papel clave en la producción de

los linfocitos T. es importante en los primeros 20 años de vida. A pesar de esto, el timo continúa desempeñando una función en el sistema inmunológico.

- ✓ **Adenoides y amígdalas:** éstas son conglomerados de tejido linfático en la parte posterior de la garganta. Ambas ayudan a producir anticuerpos contra los gérmenes que son inhalados o tragados. Son fáciles de ver cuando aumentan de tamaño durante una infección o si se vuelven cancerosas.
- ✓ **Tracto digestivo:** el estómago y los intestinos, así como muchos otros órganos, también contienen tejido linfático.
- ✓ **Médula ósea:** la médula ósea (la parte interna blanda de ciertos huesos) produce glóbulos rojos, plaquetas y glóbulos blancos de la sangre. Los glóbulos rojos transportan el oxígeno de los pulmones al resto del organismo. La principal función de los glóbulos blancos de la sangre es combatir las infecciones. Los dos tipos principales de células sanguíneas blancas son los granulocitos y los linfocitos. Los linfocitos de la médula ósea son principalmente células B. Algunas veces, los linfomas se originan en los linfocitos de la médula ósea.

En 1856, Wilks describió independientemente 10 casos de pacientes con aumento de las glándulas linfáticas asociado frecuentemente con enfermedad en el bazo”, incluyendo cuatro de los casos originalmente descritos por Hodgkin. Después del descubrimiento del artículo original de Hodgkin, Wilks utilizó la denominación “LH” en una serie posterior. Años después de la publicación del artículo original de Hodgkin, Craigie, Benett y Virchow describieron los primeros casos de leucemia.

Asimismo, Drechfield (1892) y Kundrat (1893) describen casos en los que las células neoplásicas permanecían confinadas a los ganglios linfáticos; Kundrat acuña el término linfosarcoma para estos casos. La

descripción de los miembros adicionales del complejo linfoma-leucemia ha continuado a lo largo del siglo XX hasta nuestros días.

### **II.5.3. CLASIFICACIÓN DE LOS LINFOMAS.**

La principal clasificación de los linfomas se divide en dos tipos según su origen celular, evolución, tratamiento y pronóstico que son:

1. Linfoma de Hodgkin: Debe este nombre al médico que la descubrió Thomas Hodgkin en 1832. A partir de la década de 1990 la incidencia de la Enfermedad de Hodgkin va descendiendo.
2. Linfomas no-Hodgkins: Son un conjunto de linfomas diferentes al linfoma de Hodgkin del que existen múltiples clasificaciones. El linfoma no Hodgkin lo forman más de 30 linfomas diferentes. Al contrario que la enfermedad de Hodgkin la incidencia va en aumento a partir de 1990.

La clasificación de los linfomas se basa fundamentalmente en la naturaleza de la célula linfoide proliferante. De esta manera los linfomas se clasifican en tres grandes grupos que incluyen los linfomas derivados de linfocitos B, de linfocitos T, y un grupo particular englobado bajo el concepto de linfoma o enfermedad de Hodgkin. Los linfomas de células B y T se subdividen a su vez en dos grandes grupos: 1) linfomas linfoblásticos originados en células linfoides inmaduras procedentes de los compartimentos centrales (médula ósea o timo) y 2) linfomas de células periféricas en los que proliferan células linfoides efectoras localizadas habitualmente en los compartimentos periféricos.

**Los linfocitos B:** las células B ayudan normalmente a proteger al cuerpo contra los gérmenes (bacterias o virus) porque producen proteínas llamadas anticuerpos. Los anticuerpos se adhieren a los gérmenes, y los marcan para que otras células del sistema inmunológico los destruyan. Los anticuerpos también atraen ciertas proteínas de la sangre que pueden destruir a las bacterias.

**Los linfocitos T:** existen varios tipos de células T, cada una de ellas con una función especial. Algunas células T pueden destruir directamente células infectadas por virus, hongos, o ciertas clases de bacterias. También pueden liberar sustancias que atraen otros tipos diferentes de glóbulos blancos de la sangre que digieren a las células infectadas. Algunos tipos de células T desempeñan una función al reforzar o desacelerar las actividades de otras células del sistema inmunológico.

Ambos tipos de linfocitos pueden dar lugar a un linfoma, en los Estados Unidos los linfomas de células B son mucho más frecuentes que los linfomas de células T. Los diferentes tipos de linfoma se pueden originar de cada tipo de linfocito, basándose en cuán maduras son las células cuando se transforman en cancerosas y en otros factores (Willians 2004).

Decidimos enrolar los linfomas en este estudio ya que se comportan de forma crónica, cursando con una mejor sobrevida libre de enfermedad en comparación con el cáncer de mama y una calidad de vida superior para el paciente en mucho de los casos.

Desde 1995 los miembros de las sociedades europeas y norteamericanas de hematopatología han estado colaborando en la elaboración de una nueva clasificación para los Linfomas No Hodgkin, la Organización Mundial de la Salud (OMS) que representa una versión actualizada del sistema REAL (*Revised European-American Lymphoma Classification*). La modificación de la clasificación REAL por la OMS reconoce 3 categorías principales de neoplasias linfoides basándose en la morfología y el linaje celular: neoplasias de células B, neoplasias de células T y células NK (*natural killer* o asesinas naturales), (John M.2010).

El Linfoma de Hodgkin (LH), se caracteriza por la presencia de células de Reed Sternberg, que aunque no patognomónicas de este linfoma sigue siendo preponderante en el diagnóstico, con una



distribución bimodal, en jóvenes (15-35 años) y mayores de 55 a 60 años, y con presentación más frecuente en estratos socioeconómicos alto (Beutler, Ernest y al, et 2005).

A su vez los linfomas No Hodgkin (LNH), son cuatro veces mas frecuentes que los LH, tienen una alta tasa de mortalidad 10 veces superior y en su mayoría aparecen en edades adultas de 55 a 65 años(A. Merino (2009).

Las linfadenopatias presentes en los linfomas son indoloras, tienen una consistencia elástica (renitente), son asimétricas y su diámetro inicial no excede los 2,5 centímetros para algunos subtipos mientras para otros se presentan como tumoraciones tipo burking de gran tamaño dolorosas de aparición abrupta.( Sans-Sabrafen 2001)

Por tanto en el 90% de los pacientes se presentan la enfermedad con adenomegalias, solo en las tres cuartas partes de los casos la primera adenomegalia que aparece es cervical, y sólo en la cuarta parte es axilar o inguinal según el tipo de linfoma. En dos terceras partes de los pacientes el mediastino se halla también afectado. Sólo en menos del 10% de los casos el origen es infradiafragmático, constituyendo un grupo de muy mal pronóstico. (Minsal, 2005.)

#### **II.5.4 INFECCIONES QUE CAUSAN ESTIMULACIÓN INMUNE CRÓNICA PREDISPONENTES A LINFOMAS.**

En el ser humano, el virus de Epstein-Barr se asocia con el linfoma de Burkitt y los linfoepiteliomas, entre otros ejemplos el virus de la hepatitis c Los informes recientes han encontrado que la infección con HCV parece ser un factor de riesgo para ciertos tipos de linfoma, *Helicobacter pylori* (*H. pylori*), conocida por causar úlceras estomacales,

también ha sido relacionada con linfomas de tejido linfático asociado a la mucosa (linfoma MALT) del estómago.

Todos estos virus asociados a tumores humanos son del tipo ADN. El virus HTLV, sin embargo, es del tipo ARN, o retrovirus, como la mayor parte de los virus asociados a tumores y llegar a producir leucemias. El virus herpes humano tipo 8 (VHH8, o HHV8 por sus siglas en inglés) también puede infectar a los linfocitos, causando un tipo de linfoma poco común llamado *linfoma de efusión primaria*. Este linfoma se presenta con más frecuencia en pacientes que han sido infectados con VIH (HIV, en inglés).

La infección con el VIH es un factor de riesgo para ciertos tipos de linfoma no Hodgkin, tal como linfoma Burkitt y el linfoma difuso de células B grandes. La infección con el HHV8 también está vinculada con otro cáncer, el sarcoma Kaposi. Por esta razón, el otro nombre que se le da a este virus es *virus del herpes asociado con el sarcoma de Kaposi* (KSHV). (Cancer 2010).

## **II.5.5 EPIDEMIOLOGIA DE LOS LINFOMAS:**

Actualmente los registros epidemiológicos para los Linfomas, se estima que 355.900 casos nuevos y defunciones de 191.400 Linfoma No Hodgkin se produjeron en 2008 en Estados Unidos . Linfomas No Hodgkin (LNH) abarca una amplia variedad de subtipos de la enfermedad para la cual los patrones de incidencia varían. El LNH es más común en las zonas desarrolladas, con las tasas de incidencia más altas se encuentran en América del Norte, Australia / Nueva Zelanda, y el norte, oeste y sur de Europa (Cáncer 2011).

Las tasas más bajas se encuentran en el Sur-Central y del Este de Asia y el Caribe. En general, la incidencia de LNH es bajo en África, con

la excepción de algunas zonas con una alta incidencia de linfoma de Burkitt (un subtipo de linfoma no Hodgkin causada por el virus de Epstein-Barr [VEB]) entre los niños. los linfoma no Hodgkin se asocia con la exposición ocupacional a los herbicidas y compuestos orgánicos clorados, la tasa de incidencia de los LNH aumentado en los países más desarrollados durante la década de 1990 y se ha estabilizado en los últimos años (Cáncer 2011).

Datos epidemiológicos sobre los linfomas Hodgkin en los Estados Unidos reportan aproximadamente 7500 casos nuevos por año, representando el 1% de las enfermedades malignas diagnosticadas. Con una incidencia en adolescentes y adultos jóvenes, con un pico en la tercera edad después de los 50 años. Algunos autores reportan una incidencia de Linfomas de hodgkin (LH), con un promedio de 27,06 años, lo que corrobora parte de los estudios de MacMahon en el que se obtiene una distribución bimodal con modas entre los 20 a 30 años de edad y entre 55 a 65 años de edad (MacMahon 1966).

La información epidemiológica oficial en Venezuela encuentra barreras difíciles de superar. Los boletines epidemiológicos semanales del MPPS están retrasados, no hay información actualizada ni datos sobre las enfermedades de denuncia obligatoria desde el 11 de junio de 2011. El anuario de mortalidad más recientemente publicado corresponde al año 2008. Reportando para los tumores malignos por grupos etareos de 20 a 85 años una incidencia de 10.065 casos de los cuales para los linfomas hodgkin mujeres 51 casos , hombres 79, linfomas no hodgkin mujeres 240 casos en total de sus diferentes subtipos, para hombres 333 casos

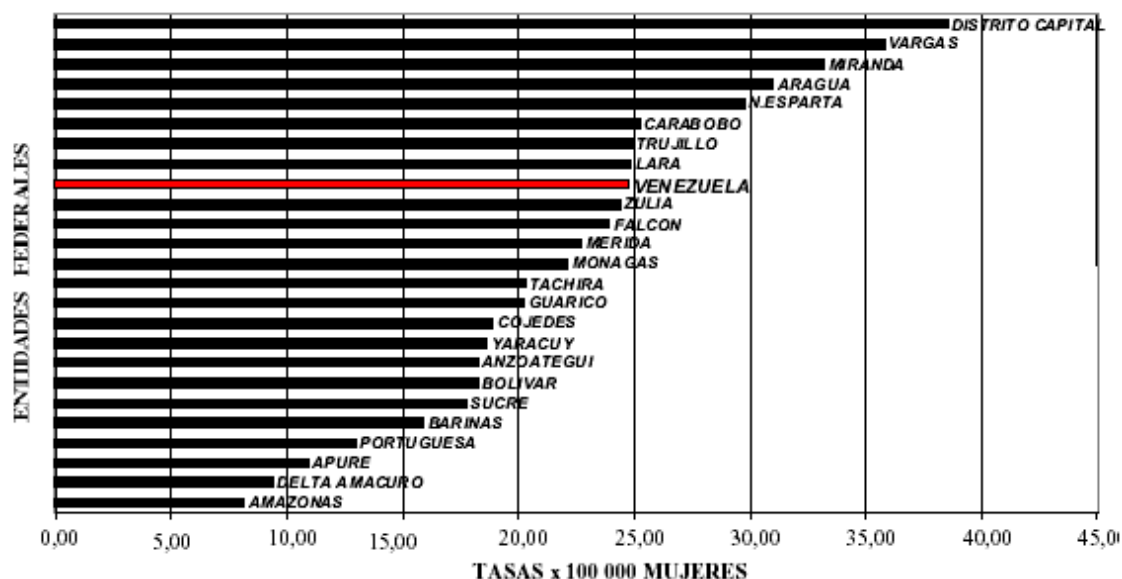
En los Estados Unidos, los cálculos más recientes de la Sociedad Americana Contra El Cáncer en cuanto a la enfermedad de Hodgkin indican que para el 2012:

- Aproximadamente 9,060 nuevos casos (4,100 mujeres y 4,960 hombres) serán diagnosticados. Estos números no han cambiado mucho en los últimos años.
- Aproximadamente 1,190 personas (520 mujeres, 670 hombres) morirán a causa de este cáncer.

Al no disponer de datos recientes se debilita la vigilancia epidemiológica y dificultan la toma de decisiones en políticas sanitarias, sustentadas en evidencias demostrables. La docencia y la investigación sobre las principales causas de mortalidad y morbilidad en Venezuela se ven obligada a consultar fuentes internacionales y de otros países con estadísticas confiables y continuas.

Esta situación se ha agravado en los últimos años en nuestro país. Sin embargo en datos epidemiológicos regional del estado Mérida se reportan para el año 2010 un total de defunciones por enfermedades malignas 674 para ambos sexos, con un total de 53 casos para órganos genitales femeninos, sin reportes de enfermedades hematológicas. Con una morbilidad según reportes del anuario regional Estado Mérida para las neoplasias 480, enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos de 3866 no especifican tipos. (Anuario 2011)

Según el último reporte por enfermedad y región para el 2005 se evidencia en la figura 1 la distribución de las tasas de incidencia de cáncer de glándula mamaria por Entidades Federales, el promedio nacional es de 24,8 casos por 100.000 mujeres; los estados con tasas mayores son: Distrito Capital, Vargas y Miranda con tasas de 38,5; 35,8 y 33,2, respectivamente. Los estados Amazonas, Delta Amacuro y Apure tienen tasas de 8,1, 9,4 y 10,9, respectivamente, que resultan considerablemente bajas y que pueden estar afectadas con cierto grado de subregistro, pero esto no parece suficiente para explicar la magnitud de las diferencias.



**Figura 1** Tasa de incidencia promedio del quinquenio 2001-2005. Cáncer de la glándula mamaria, por entidades federales de Venezuela

Mientras que a nivel mundial, La incidencia del cáncer sigue aumentando y se pronostica que para 2030 la tasa anual de muertes por esta enfermedad sobrepasará los 13 millones de personas (Cancer 2012).

En nuestro país las tasas de morbilidad han ido en aumento esto lo podemos asociar a que hay mayores campañas de diagnóstico y despistaje. El Organismo Mundial de Energía Atómica (OIEA) advirtió que en la actualidad ya fallecen más de ocho millones y que el 70% de esos decesos ocurre en los países en desarrollo. La alta mortalidad en esas naciones se debe a las carencias de recursos necesarios para prevenir, diagnosticar y tratar el padecimiento.

Ahora si bien, la adaptación al cáncer no es una instancia aislada, única sino más bien una serie de respuestas constantes para superar las crisis múltiples de vivir con el cáncer. Es normal que las familias que

están enfrentando un diagnóstico de cáncer reciente se encuentren alteradas o preocupadas ante esta crisis.

Al respecto, el cáncer conduce a un estado de estrés persistente debido a la prolongación de los tratamientos que en su mayoría conlleva dada la respuesta o no a estos, se convierte en un estresor que afecta de manera el continuum de salud enfermedad, provocando una crisis de manera severa. Es por ello que el ajuste o la adaptación psicosocial al cáncer se ha definido como un proceso ininterrumpido en el cual el paciente individual procura manejar el sufrimiento emocional, solucionar problemas específicos relacionados con el cáncer, y obtener el dominio o el control de acontecimientos en la vida en conexión con esta afección.

A pesar de que existen algunos puntos comunes en la adaptación normal a los variados factores de estrés del cáncer, también existen muchas diferencias a nivel individual. Es difícil predecir la manera en que las personas harán frente al cáncer, de manera que es importante reconocer factores que influyen en la adaptación al cáncer. Se ha determinado que el ajuste/la adaptación psicosocial es influido por tres categorías amplias de factores: derivados del cáncer, derivados del paciente y derivados de la sociedad.

Los factores derivados del cáncer incluyen el tipo de cáncer, su estadio y pronóstico, así como el lugar del paciente en la escala del diagnóstico, el tratamiento y la recidiva.

## **II.5.6 CÁNCER Y DUELO**

Cuando se escucha el diagnóstico, en el paciente se provoca una reacción a sus temores y se tornan realidad, con lo cual se genera una situación difícil (crisis) a nivel psicológico y "existencial".

Muchas personas se preguntan, "¿Puedo morir de esto?", ¿Cuánto tiempo me queda?. La mayoría de los pacientes presentarán un período de incredulidad acompañado por la incapacidad para procesar claramente la información. Tal vez se sientan aturdidos o en estado de shock, o como si "Esto no me puede estar ocurriendo a mí". El nivel alto de sufrimiento puede ser problemático porque muchas veces, inmediatamente después de informar al paciente sobre el diagnóstico, los médicos describen de manera general las opciones de tratamiento, lo cual acarrea un rechazo total inmediato a cualquier opción que se le expongan.

Se han descrito las respuestas normales a la crisis del cáncer en tres fases: respuesta inicial, disforia y adaptación.

La fase I, la respuesta inicial, comprende la incredulidad, el rechazo y el shock que la noticia es verdad. Algunos pacientes procurarán probar que el diagnóstico no es verdad ("¿Está seguro que tiene los resultados correctos del examen?"). La mayoría de los pacientes presentarán un período de incredulidad acompañado por la incapacidad para procesar claramente la información.

En consecuencia, la presencia de otras personas u otros medios para poder analizar la información puede ser extremadamente importante (por ejemplo, grabación en cinta de la conversación sobre el plan de tratamiento o realización de una segunda cita en una fecha posterior, especialmente para revisar el plan de tratamiento). A pesar de que hay muchas diferencias individuales, esta respuesta inicial de incredulidad,

rechazo y shock generalmente se mantiene una semana aproximadamente en pacientes con buena adaptación.

La fase II, la disforia comprende un período de tiempo variable (pero generalmente se prolonga durante 1-2 semanas) durante el cual el paciente acepta lentamente la realidad del diagnóstico. Durante este tiempo los pacientes generalmente comenzarán a experimentar un grado considerable de sufrimiento en forma de depresión, ansiedad, insomnio, anorexia, concentración deficiente y varios grados de incapacidad para funcionar en sus actividades cotidianas. Pensamientos molestos sobre la enfermedad y la muerte se presentan con alta frecuencia y parecen ser incontrolables. A medida que se ofrece más información sobre las opciones de tratamiento, se procesa y entiende correctamente, sentimientos de esperanza y optimismo comienzan a surgir más a menudo durante la disforia.

La fase III, adaptación a más largo plazo, comprende el tiempo prolongado durante el cual tiene lugar una adaptación de mayor duración y permanente. Este período se extiende durante semanas y meses. Primero entienden que están realmente enfermos, pero piensan que pronto ocurrirá la recuperación. Más tarde comprenden que su estado se complica, que la recuperación no sobrevendrá y que en realidad se están muriendo, en estos casos será necesario establecer con ellos un enfoque serio, honesto y abierto sobre la enfermedad.

#### **II.5.7 SITUACIONES QUE PRECISAN ESTRÉS Y DUELO.**

Cada una de las experiencias que vivimos pueden significar pérdidas o ganancias, las experiencias dolorosas son universales, todos estamos expuestos a ellas y son un requisito importante para crecer emocionalmente.

Cuando enfrentamos pérdidas estamos ante un proceso de cambio, porque somos despojados de algo valioso para nosotros y vale iniciar un



periodo de vida que complete el asumir una conducta activa el hecho para poder elaborar el duelo, los pacientes con cáncer exteriorizan varios tipos de pérdidas dentro de las cuales podemos mencionar:

Físicas: aquellas pérdidas presentadas por la enfermedad, en las que alguna dolencia puede ocasionar el dejar de hacer alguna actividad.

Íntimas: todas las que tengan que ver con separaciones y fracturas en los apegos.

Sociales: muchas personas bajo enfermedad pierden su estatus laboral, social- económico que puedan acarrear con el tiempo tristeza y depresión.

Económicas: En relación con la anterior , hay situaciones específicas para algunos como despidos , renunciaciones, o sencillamente imposibilidad para ir a desempeñar su rol laboral generando sentimientos de inseguridad , heridos en su dignidad , en algunos casos humillados lo que puede repercutir en la generación de conductas inadecuadas en los individuos.

Existenciales: las crisis existenciales son propicias para los cambios se es resiliente, si se perciben estas pérdidas como oportunidades para “resetear” la vida y recomenzar.

El duelo es una reacción normal y saludable ante una pérdida; si nos recuperamos es porque superamos y aceptamos la pérdida y su significado en el devenir de la vida.

En virtud de lo expuesto y considerando la muerte como parte del continuo salud- enfermedad y la culminación de del ciclo vital de vida. Bonnano, y Kaltman 1999,2001, Wortman y Ailver, 2001, indican que existen diferencias en la cantidad y prolongación de la vivencia del duelo. Lo que pareciera ser una reacción común en ellos es la depresión, u otros

presentan duelo crónico, ausencia de duelo o respuestas demoradas de duelo.

El modelo Kübler-Ross, comúnmente conocido como los 5 etapas del duelo, fue presentado por primera vez por Elisabeth Kübler-Ross en su libro, *On Death and Dying*, en 1969

1. **Negación** — *"Me siento bien."; "Esto no me puede estar pasando, no a mi."*

La negación es solamente una defensa temporal para el individuo. Este sentimiento es generalmente remplazado con una sensibilidad aumentada de las situaciones e individuos que son dejados atrás después de la muerte.<sup>1</sup>

2. **Ira** — *"¿Por qué a mí? ¡No es justo!"; "¿Cómo me puede estar pasando esto a mi?";*

Una vez en la segunda etapa, el individuo reconoce que la negación no puede continuar. Debido a la ira, esta persona es difícil de ser cuidada debido a sus sentimientos de ira y envidia. Cualquier individuo que simboliza vida o energía es sujeto a ser proyectado resentimiento y envidia.<sup>1</sup>

3. **Negociación** — *"Déjame vivir para ver a mis hijos graduarse."; "Haré cualquier cosa por un par de años más.";*

La tercer etapa involucra la esperanza de que el individuo puede de alguna forma posponer o retrasar la muerte. Usualmente, la negociación por una vida extendida es realizada con un poder superior a cambio de una forma de vida reformada. Psicológicamente, la persona esta diciendo, "Entiendo que voy a morir, pero si solamente pudiera tener mas tiempo..."<sup>1</sup>

4. **Depresión** — *"Estoy tan triste, ¿Por que hacer algo?"; "Voy a morir, ¿Cuál es el punto?"; "Extraño a mis seres queridos, ¿Por qué seguir?"*

Durante la cuarta etapa, la persona que está muriendo empieza a entender la seguridad de la muerte. Debido a esto, el individuo puede volverse silencioso, rechazar visitas y pasar mucho tiempo llorando y

lamentándose. Este proceso permite a la persona moribunda desconectarse de todo sentimiento de amor y cariño. No es recomendable intentar alegrar a una persona que está en esta etapa. Es un momento importante que debe ser procesado.

5. **Aceptación** — *"Todo va a estar bien."*; *"No puedo luchar, debería prepararme para esto."* La etapa final llega con la paz y la comprensión de que la muerte está acercándose. Generalmente, la persona en esta etapa quiere ser dejada sola. Además, los sentimientos y dolor físico pueden desaparecer.

Cualquiera sea la connotación asignable, una vez que la gente sabe que padece una enfermedad se produce una serie de cambios que afectan la percepción de sí mismos y de sus vidas. Eso significa alteración en sus planes a corto y largo plazo, que suelen evaporarse a partir del diagnóstico, es razonables pues el impacto en su psiquis puede generar un choque muy serio, si no hay una esencial base en la construcción y evaluación de la autoimagen, quedando así amenazada su visión haciéndonos más vulnerables.

Existe la tendencia a pensar que el duelo se produce solamente cuando se está ante la muerte, hay otros tipos de pérdidas que se pueden aunar a este periodo en conjunto como son una separación ( hijos que se van, abandonos) o divorcio, mudanzas, exilio, del trabajo, el dinero, entre otras muchas.

El trabajo con el duelo se fundamenta en la intervención y apoyo para lograr la recuperación y mejorar la calidad de vida:

- ✓ Trabajar con la inteligencia emocional, tanto personal como social.
- ✓ Aumentar la capacidad de relajarse y tranquilizarse.
- ✓ Preparar el cuerpo para la salud optima.

En la literatura asociada a la Psicooncología el término negación se refiere a la “necesidad de distanciarse, evitar y suprimir emociones”

(Moyer y Levine, 1998). Por ejemplo, Watson, Greer, Blake, and Sharpnell (1984) entrevistaron pacientes luego de ser intervenidos quirúrgicamente y encontraron que la mayor parte de los enfermos que negaba la seriedad de su intervención presentaron, luego de la operación, menor presencia de emociones perturbadoras que aquellos que inicialmente habían aceptado las implicaciones de su enfermedad y admitían una evolución hacia la muerte.

Otros estudios sugieren que la evitación, como forma de escape de las situaciones altamente estresantes, es un mecanismo positivo de afrontamiento ante los problemas asociados con el diagnóstico de cáncer (Barracough, 1994; Moyer y Levine, 1998).

Sin embargo, Carver (1993) encontró que el estilo de afrontamiento de evitación puede correlacionarse con el estrés emocional. Adicionalmente, Penman (1982) demostró que los pacientes oncológicos que reportaron el uso de la evitación como estilo de afrontamiento experimentaron menor capacidad de adaptación a la experiencia del cáncer. Más reciente Nezu (1999) descubrió que la evitación se relaciona directamente con el aumento de la ansiedad, depresión y mayor cantidad de problemas asociados al cáncer.

La resiliencia es completamente discordante con la evitación como forma de afrontamiento. Esto tiene su explicación si partimos de que el paciente oncológico resiliente ha aceptado su enfermedad, pero esta aceptación no significa que se ha sentado a observar pasivamente la misma, sino que el hecho de saberse enfermo constituye el reverso necesario para alcanzar el estado opuesto, la salud. La aceptación de la enfermedad se armoniza en correspondencia con el optimismo frente a la recuperación, el espíritu de lucha positiva y la solución activa de problemas.

Brix C,(2008) Describe un estudio relacionado con el apoyo psicosocial y sus determinantes en una muestra de 239 pacientes con cáncer en tratamiento con radioterapia obtuvieron que en ellos la resiliencia y la necesidad de apoyo psicosocial es sustancialmente más alta en comparación con una población normal sana.

## **II.6. RESILIENCIA.**

### **II.6.1. Aspectos históricos.**

Durante la Segunda Guerra Mundial, uno de los grupos vulnerables más afectados por la misma, fueron los niños, quienes desarrollaron una “asombrosa resistencia” ante situaciones peligrosas para sus vidas. El artículo reflejaba claramente, aunque con el término “resistencia, los hechos traumáticos, los factores de riesgo, los elementos de protección y las evoluciones posteriores de los niños que, en Gran Bretaña, debían, afrontar los efectos de la segunda guerra mundial. Así lo refiere la trabajadora social Scoville, M quién escribió un artículo al respecto en 1942. Citado por (Del Rio 2009).

Es a través del tiempo que los investigadores desde 1970 hasta 1980, estadounidenses y británicos centraron su atención en el fenómeno de las personas que permanecieron saludables a pesar de estar expuestos a la adversidad severa. Ellos llamaron a estas personas inicialmente invulnerables y el fenómeno de la invulnerabilidad, ya que el término fue sustituido más tarde por la resiliencia.

Por otra parte en las primeras indagaciones sobre la resiliencia, los investigadores de diversas partes del mundo se apoderaron sobre el tema, estudiándolo desde diferentes perspectivas que actualmente se mantienen por algunos autores (Fantova, 2008, Ojeda, 2004) en tres corrientes: en los norte americanos o anglosajones, la Unión Europea

(UE) y América Latina. La corriente de EE.UU. sería más pragmático, más centrado en la evaluación individual de la capacidad de resistencia, tomando como observable y medible, a menudo con enfoque conductual o ecológico-transaccional. La resiliencia aquí surge como producto de la interacción entre el sujeto y el medio ambiente en el que aparece.

Desde esta perspectiva la UE tendría una perspectiva ética, más relativista, con el enfoque general psicoanalítica, al considerar el tema como relevante para la evaluación de la capacidad de recuperación. En la misma dirección Fantova Según esta corriente, la respuesta del sujeto a la adversidad hallada de los factores ambientales, se "teje" a partir de la dinámica psicológica de la persona, lo que permite una narración intimista y una narración sobre su vida fuera. Es necesario destacar que la corriente es más en la comunidad latinoamericana, centrada en la respuesta social a los problemas del sujeto en el medio de la adversidad.

Tomando en consideración esta premisa es importante enfatizar que los precursores de la investigación sobre el tema de la resiliencia tanto británicos como los americanos: decir acerca de esta fuente (Asís, Pesce, y Avanci, 2006; Cyrulnik, 2001; Junqueira & Deslandes, de 2003, y Luthar Zelazo, 2003; Masten, 2001; Poletto & Koller, 2006, 2008, Rutter, 1985, 1993; Trompeta y Guzzo, 2002, Werner y Smith, 1989, 1992, Yunes, 2001, 2003, 2006, entre muchos otros) describen en general la resiliencia como la resistencia al estrés, mientras que los investigadores Sur Americanos tienen un concepto que considera la resiliencia como los procesos de recuperación y la superación de trastornos emocionales causados por el estrés.

Uno de los ejemplos dignos de mencionar ampliamente, es el de Victor Frankl, vienes de origen judío cuyo padre llegó a ser ministro de asuntos sociales. Fue estudiante de medicina, Neurólogo – Psiquiatra, entre los años 1949 y 1942. Su obra El hombre en busca de sentido, es más que una experiencia autobiográfica; se trata de un estudio

psicológico del hombre su conducta ante momentos abrumadores y atroces como los de el cautiverio, es así donde se incluye la logoterapia, también denominada tercera escuela vienesa de psicoterapia, la cual estudia la búsqueda esencial del sentido que yace en la naturaleza humana, trabajando con las emociones y sentimientos propios de aquellos que han perdido las esperanzas, para reencontrarlas y así redireccionar su vida con un sentido y un nuevo motivo.

En relación a lo anterior, se permite establecer una diferencia entre resiliencia y el concepto de recuperación. Al respecto Bonanno citado por Vera 2004, ya que representan trayectorias temporales distintas. En este sentido, la recuperación implica un retorno gradual hacia la normalidad funcional, mientras que la resiliencia refleja la habilidad de mantener un equilibrio estable durante todo el proceso. Aunque representen trayectorias temporales distintas.

## **II.6.2. ORIGEN ETIMOLÓGICO DE LA RESILIENCIA.**

En cuanto a las fuentes etimológicas, se puede decir que la palabra "resiliencia" incluye la idea presente en la física, un retorno a lo que era. La palabra proviene de la resilio América, resilire. Resilio, de acuerdo con dos diccionarios Americano-Portugués (Faria, 1967; Scott, 2000), se deriva (al revés de partículas) y Salio (saltar, brincar), es decir, de recuperarse, rebotando.

El diccionario de la Lengua Portuguesa (Ferreira, 1986, p 1493), por ejemplo, ofrece las siguientes definiciones para la palabra "resiliencia". Propiedad por la cual la energía almacenada en un cuerpo deforme se devuelve, cuando cesa la tensión que causa una deformación elástica. Resistencia al choque.

Lo contrario parece suceder con las palabras de la resistencia y la flexibilidad en el idioma Inglés. Al parecer, es probable que hace más de

30 años, ya eran parte del vocabulario coloquial de habla inglesa, con un significado menos "técnico", menos relacionado con la física, y más relacionado con los fenómenos humanos. Yung (2001, 2003, 2006), también busca el significado de la resiliencia en los diccionarios de inglés (Longman) y portugués (Aurelio), ya habían notado la diferencia en la asignación de significados de los dos idiomas. Señaló que el diccionario de Inglés, que examinó los lugares vinculados a la definición de los fenómenos humanos en primer plano, lo que confirma, en Inglés, una mayor familiaridad o el uso prioritario del término para este tipo de fenómeno.

Los diccionarios de Michaelis conocidos (Michaelis Nuevo Diccionario Ilustrado de 1971), y Oxford (Fowler, Fowler, y Allen, 1990; Portugués Diccionario Oxford, 2002) las palabras tienen capacidad de recuperación correspondientes al adjetivo "resistente", y la resistencia / capacidad de recuperación, lo que corresponde a la resistencia, para ser traducido al portugués. Oxford dice que mientras que los medios elásticos "elástica" o "resistente", la resiliencia significa "elasticidad" o "resistencia".

En la Enciclopedia Hispánica: se define resiliencia como la *resistencia de un cuerpo a la rotura por golpe. La fragilidad de un cuerpo decrece al aumentar la resiliencia.*

En español y francés resiliencia se emplea en el campo de la ingeniería civil únicamente para describir la capacidad de un material de recobrar su forma original después de someterse a una presión deformadora.

Con el objetivo de comprender la causa de las diferencias en los conceptos adoptados y por qué la brecha de entendimiento sobre los orígenes de la resistencia, se realizó una investigación en el campo de la resistencia de los materiales, teniendo así, que El concepto de resiliencia



proviene de la física y se refiere a la resistencia y maleabilidad de los materiales (designar la capacidad de un cuerpo para resistir una tensión sin quebrarse), en las ciencias sociales y su capacidad de recuperación.

El trabajo que dio origen a este nuevo concepto fue el de E. E. Werner (1982), quien estudio durante 30 años a 698 niños nacidos en medio de la pobreza en la isla de Kauai y que pasaron grandes penurias a lo largo de su desarrollo. Muchos presentaron patologías físicas, psicológicas y sociales, tal y como, desde el punto de vista de los factores de riesgo, se esperaba. Pero ocurrió que muchos lograron un desarrollo sano y positivo: estos sujetos fueron definidos como resilientes.

Del mismo modo, el Barsa diccionario (Houaiss & Avery, 1970, p. 460) define la resiliencia, como "la elasticidad, la capacidad de recuperación (salud, humor, etc.)".

Un ejemplo interesante de la diferencia en la asignación de los orígenes del tema de autores anglosajones, y aparece en un texto latino de la investigación, Michael Rutter. El autor, un precursor de los estudios, de referencia importante para la psicología y la psiquiatría, publicado en 1993, en el Journal of Adolescent Health, el texto de la resiliencia: refiere algunas consideraciones conceptuales, donde se dijo que el término había sido la resistencia de la física.

Posteriormente se aplica por primera vez al campo de las ciencias sociales para caracterizar a aquellas personas que, a pesar de nacer y vivir en situaciones de riesgo, se desarrollan psicológicamente sanos y exitosos. Sin embargo, en la versión española de este artículo (Rutter, 1993) que aparece en la misma revista, el traductor añadió al texto una nota al pie que le da la definición de la física a la capacidad de recuperación y explica que ella es un concepto similar al concepto psicológico, y por lo tanto, el término se utiliza el mismo en ambas situaciones

Para Munist et al. (1998), los dos enfoques son el resultado de la aplicación de métodos epidemiológicos a los fenómenos sociales. Como el enfoque de riesgo se centra en la enfermedad, los síntomas y las características que se asocian con una alta probabilidad de daño biológico o social, esto muestra que las fuerzas negativas, expresadas en términos de daños o riesgos no son un niño que yacía inerte en un daño permanente. Los dos enfoques son el resultado de la aplicación de métodos epidemiológicos a los fenómenos sociales.

El vocablo resiliencia tiene su origen en el latín, en el término resilio que significa volver atrás, volver de un salto, resaltar, rebotar. También se dice que es una castellanización de la palabra inglesa resilience o resiliency. Melillo y Suárez Ojeda (2001)

Es importante destacar que el fenómeno de la resiliencia ha sido considerado en un principio como una característica de personas excepcionales, sin embargo, a través de las distintas investigaciones sobre el tema ha quedado demostrado que no se nace resilientes ni se adquiere de forma natural, esto depende de la interacción de la persona y su entorno humano.

Algunos autores describen que tanto en hombres como mujeres la resiliencia disminuye durante el estrés psicológico agudo, dentro de este panorama las mujeres presentan mejor resiliencia respecto a los hombres, es decir, las mujeres pudieran afrontar y sobreponerse más eficientemente a los efectos del estrés. Las mujeres del grupo sanguíneo A al parecer son más resilientes que las del grupo sanguíneo O. Entre los hombres no hubo diferencias de la resiliencia respecto a los grupos sanguíneos. Este estudio fue realizado en base a si hay condición innata o no dando resultados positivos y significativos. Yepez 2011.

### II.6.3 DEFINICION DE RESILIENCIA.

Una definición posible de la resiliencia es *“la capacidad humana para enfrentar, sobreponerse y salir fortalecido o transformado por experiencias de adversidad”* (Henderson Grotberg, 2002) (citado en Melillo & Suárez Ojeda, 2001).

La definición en el idioma inglés del concepto resilience es la tendencia a volver a un estado original o el tener poder de recuperación [to rebound / recoil / to spring back]. En Norteamérica se define como la propiedad que tiene una pieza mecánica para doblarse bajo una carga y volver a su posición original cuando ésta ya no actúa (Enciclopedia Salvat de la Ciencia y de la Tecnología, 1964).

El primero que utilizó en sentido figurado el concepto de resiliencia, tomándolo prestado de la terminología física, fue Bowlby (1992) quien la definió como el resorte moral o la cualidad de la persona que no se desanima, que no se deja abatir.

Según el Institute of Child Resilience and Family ICCB (1994), la define como: *“La habilidad para resurgir de la adversidad, adaptarse, recuperarse y acceder a una vida significativa y productiva”*

Luthar (2000), la define como *“La resiliencia es un proceso dinámico que tiene por resultado la adaptación positiva en contextos de gran adversidad”*

Chávez,E., y Yturalde, E (2006) la definen como:

*“La Resiliencia es la capacidad que posee un individuo frente a las adversidades, para mantenerse en pie de lucha, con dosis de perseverancia,*

*tenacidad, actitud positiva y acciones que permitan avanzar en contra de la corriente y superarlas”.*

La definición del Maestro español Ramón y Cajal, (1906) concreta y profunda *“Todo ser humano, si se lo propone, puede ser escultor de su propio cerebro”.*

En Psicología se refiere *“La capacidad de los sujetos para sobreponerse a periodos de dolor emocional y trauma”*, se le considera como una forma de psicología positiva no encuadrada en la psicología tradicional.

En síntesis, las diferentes definiciones del concepto de resiliencia enfatizan características del sujeto: habilidad, adaptabilidad, baja susceptibilidad, enfrentamiento efectivo, capacidad, resistencia a la destrucción, conductas vitales positivas, temperamento especial y habilidades cognitivas, todas desplegadas frente a situaciones vitales adversas, estresantes, etc.; que le permiten atravesarlas y superarlas (Melillo & Suárez Ojeda, 2001).

A continuación, se exponen algunas de las definiciones que, desde este campo, han desarrollado diversos autores en torno a este concepto:

- ✓ Habilidad para surgir de la adversidad, adaptarse, recuperarse y acceder a una vida significativa y productiva. (ICCB,1994)
- ✓ Historia de adaptaciones exitosas en el individuo que se ha visto expuesto a factores biológicos de riesgo o eventos de vida estresantes; además, implica la expectativa de continuar con una baja susceptibilidad a futuros estresores (Luthar y Zingler, 1991; Masten y Garmezy, 1985; Werner y Smith, 1982 en Werner y Smith, 1992).

- ✓ Enfrentamiento efectivo ante eventos y circunstancias de la vida severamente estresantes y acumulativos (Lösel, Blieneser y Köferl en Brambing et al., 1989).
- ✓ Capacidad humana universal para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas o incluso ser transformado por ellas. La resiliencia es parte del proceso evolutivo y debe ser promovido desde la niñez (Grotberg, 1995).
- ✓ La resiliencia distingue dos componentes: la resistencia frente a la destrucción, esto es, la capacidad de proteger la propia integridad bajo presión; por otra parte, más allá de la resistencia, la capacidad para construir un conductismo vital positivo pese a circunstancias difíciles (Vanistendael, 1994). Según este autor, el concepto incluye además, la capacidad de una persona o sistema social de enfrentar adecuadamente las dificultades, de una forma socialmente aceptable.

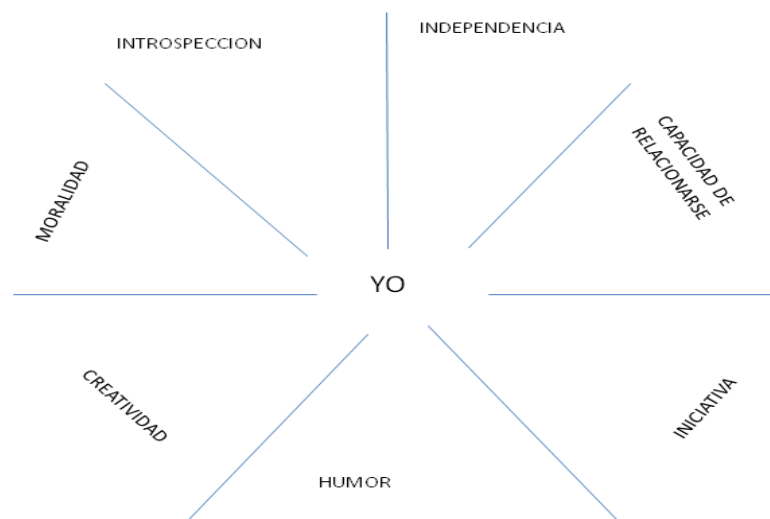
Otros la refieren a la capacidad Arreglárselas bien cuando hay alteraciones profundas. Con ello hay cuatro fundamentos principales:

- ✓ Mantenerse bien saludable cuando se está sometido a grandes presiones.
- ✓ Superar las adversidades
- ✓ Recuperarse rápidamente de los contratiempos.
- ✓ Cambiar el estilo de vida y de cuando no es posible manejarlo y mantener los actuales sin que ello te afecte, hacer todo lo anterior sin actuar de una manera dañina o disfuncional. Silbert (2007)

Sin embargo, sin duda hay tres componentes esenciales de los cuales no puede prescindir ninguna de ellas, estos son: la presencia de algún riesgo, trauma o adversidad, la superación positiva del mismo y la relación dinámica de los mecanismos emocionales, cognitivos y socioculturales que influyen sobre el desarrollo humano.

Existen muchas maneras de significar la adversidad y la resiliencia. En Inepar se ha conceptualizado los riesgos psicosociales en un constructo de 'riesgo acumulado' que es un conteo de eventos negativos que se acumulan en la vida de las personas (en el último año o en el último mes) y dan como resultado un estado de adversidad, donde los fenómenos de resiliencia toman sentido.

Edith Grotberg, una de las más importantes especialistas en el tema, afirmó que la resiliencia es parte de la salud mental y de la calidad de vida; ésta se mide de acuerdo a la definición básica que ella proporciona: resiliencia es la capacidad humana para enfrentar, sobreponerse y ser fortalecido y transformado por experiencias de adversidad. Esta autora precisó una fórmula para operacionalizar el concepto de resiliencia, ésta es una herramienta imprescindible para todo investigador que haya aplicado este concepto a la prevención de riesgos. La formula es: si tengo y soy/estoy, entonces puedo.



En otro plano, Wolin y Wolin (1993) utilizan el concepto de *mandala* de la resiliencia (*mándala*: significa paz y orden interno) A. Melillo y N. Suárez Ojeda hacen referencia en su libro titulado “Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas” a los pilares de la resiliencia, a partir de factores que resulten protectores para los seres humanos, más allá de los efectos negativos de la adversidad, tratando de estimularlos una vez que fueran detectados. Estos serían:(Melillo & Suárez Ojeda, 2001) (Suárez, 1995).

Estos autores señalan algunas características personales de quienes poseen esta fuerza, y proporcionan algunas definiciones para ella:

- ✓ *Introspección* : Es el arte de preguntarse a sí mismo y darse una autorespuesta honesta.
- ✓ *Independencia*: Se define como la capacidad de establecer límites entre uno mismo y los ambientes adversos; alude a la capacidad de mantener distancia emocional y física, sin llegar a aislarse.
- ✓ *La capacidad de relacionarse* : Habilidad para establecer lazos íntimos y satisfactorios con otras personas para balancear la propia necesidad de simpatía y aptitud para brindarse a otros.
- ✓ *Iniciativa*: El placer de exigirse y ponerse a prueba en tareas progresivamente más exigentes. Se refiere a la capacidad de hacerse cargo de los problemas y de ejercer control sobre ellos.
- ✓ *Humor*: Alude a la capacidad de encontrar lo cómico en la tragedia. Se mezcla el absurdo y el horror en lo risible de esta combinación.

- ✓ *Creatividad*: La capacidad de crear orden, belleza y finalidad a partir del caos y el desorden.
- ✓ *Moralidad*: Actividad de una conciencia informada, es el deseo de una vida personal satisfactoria, amplia y con riqueza interior. Se refiere a la conciencia moral, a la capacidad de comprometerse con valores y de discriminar entre lo bueno y lo malo.

Todo lo anterior viene a poner de manifiesto que en sí es un fenómeno en el cual frente a las adversidades se crean funciones y procesos adaptativos del ser humano. Masten y Reed, 2002. Surge de la aproximación convencional de los efectos negativos del suceso en la persona que lo experimenta, concretamente en el desarrollo del estrés y desenvolverse de una manera positiva.

Por ello vale la pena decir que algunos autores describen que el concepto de resiliencia es de difícil definición y en el cual según Luthar, Cicchetti y Becker 2000, y Manciaux 2002, refieren que la resiliencia es según cada caso, por el concepto de adversidad que tengan, ya que puede estar determinada tanto de tipo objetivo como subjetivo, y por la adaptación exitosa en el cual influyen los factores culturales, apoyo y redes. Los esfuerzos por la prevención encajan de forma natural en el punto de vista de la Psicología Positiva.

De igual modo Bonanno 2004, refiere que una de las creencias ampliamente arraigadas en la cultura occidental es que la depresión y la desesperación intensa son inevitables ante la enfermedad y la muerte; o que la ausencia de sufrimiento ante una pérdida es indicativa de negación, evitación, y patología.

En este sentido algunos autores como Rutter.1990, cp .Ospina,2007 señalan la existencia de tres grandes grupos o instrumentos para la medición de resiliencia : pruebas proyectivas , psicométricas, de imagenología cerebral, potenciales eléctricos.



Concluyen en su trabajo señalado que la medición de la resiliencia es un proceso complejo que amerita trabajo interdisciplinario, por esto el desarrollo de un instrumento para abordar la resiliencia en sus diferentes dimensiones podría constituir una oportunidad del desarrollo teórico en el tema.

Según todos estos autores estudiados, vemos como la resiliencia presenta varios puntos de vista:

- 1.-Factores personales que forman parte del carácter de la persona o si son factores que se desarrollan en la relación con otros ante un evento traumático.
- 2.- Quien establece que experiencias son traumática y cuál es el rol de la cultura en esta definición.

Finalmente Rutter señala que los aportes son un enfoque psicobiológico, donde la resiliencia no está ligada a la fortaleza o debilidad constitucional de las personas, sino que su comprensión incluye una reflexión respecto de cómo las distintas personas se ven afectadas por los estímulos estresantes, o bien sobre cómo reaccionan frente a éstos. Por otra parte, se refiere a lo que él denominó la *negociación que las personas hacen frente a las situaciones de riesgo*; bajo esta perspectiva la atención se focalizó en los mecanismos y no en los llamados factores protectores.

En este contexto el enfoque derivado del concepto de “Resiliencia” puede ser de gran utilidad se ha entendido como la capacidad que tienen los seres de reaccionar y recuperarse ante situaciones adversas o en extremo traumáticas, saliendo fortalecidos para afrontar creativa y optimistamente la vida (Montoya, 2005).

***“Soy el amo de mi destino: soy el capitán de mi alma”***

*(poema de William Ernest Henley e inspiración de Nelson Mandela).*

Siguiendo este orden de ideas Siebert (2006) plantea que las herramientas para ser resilientes se pueden desarrollar, que no es algo que la persona nace con ella y que las herramientas resilientes se logran en la medida en que las competencias del individuo se incrementan. Siebert (2006) organiza las fortalezas resilientes en cuatro niveles por jerarquía a saber:

- a) *Salud y buen vivir*: referente a la toma de conciencia y cuidados por parte del individuo hacia el desarrollo de un estilo de vida sano y saludable tanto física como emocionalmente. El autor señala esta fortaleza como la más importante para desarrollar resiliencia.
- b) *Confrontación de problemas*: el autor señala que existen investigaciones que hacen una clara conexión entre la resolución de problemas y la resiliencia.
- c) *Mente versus cuerpo*: se refiere a tres dimensiones que incluyen mente-cuerpo que ayudan al individuo a desarrollar más resiliencia como por ejemplo: buena autoestima, buen autoconocimiento y un positivo autoconcepto.
- d) *Auto dirección*: se refiere a la capacidad del individuo para manejar por sí mismo las situaciones que se le presenten y motivarse a resolverlas.

Los estudios llevados a cabo por Fredrickson y colaboradores a partir de los atentados de Nueva York el 11 de septiembre de 2001, encontraron que la relación entre resiliencia y ajuste tras los atentados estaba mediada por la experimentación de emociones positivas. Así, se afirma que las emociones positivas protegerían a las personas contra la depresión e impulsarían su ajuste funcional. De hecho, se ha sugerido que la experimentación recurrente de emociones positivas puede ayudar

a las personas a desarrollar la resiliencia. Por otro lado, parece ser que la experimentación y expresión de emociones positivas ejercitan a su vez emociones positivas en los demás, de forma que las redes de apoyo social se ven fortalecidas (Fredrickson et al., 2003).

El hallazgo de resiliencia es de gran importancia ya que al ser una característica que se adquiere, esto permite fomentar su adquisición. Un claro facilitador de la aparición de resiliencia es la presencia en el desarrollo del niño, de una relación emocional estable con al menos uno de los padres o con algún adulto significativo. La infancia temprana es un periodo excelente y apropiado para comenzar con la promoción de resiliencia y salud mental.

Así también, es importante remarcar que el nivel socioeconómico y la resiliencia no están relacionados; no existe relación alguna entre inteligencia y resiliencia y/o clase social y resiliencia, así como el buen rendimiento escolar no es resiliencia. Sin embargo, la resiliencia puede ser medida y es parte de la salud mental y la calidad de vida. Cada día más personas consideran la resiliencia como una característica de la salud mental. De hecho, la resiliencia ha sido reconocida como un aporte a la promoción y el mantenimiento de la salud mental.

Caver, Smith, Antoni, Petronis, Weiss y Derhagopian (2005), realizaron un estudio en 163 mujeres con cáncer de mama evaluaron los ajustes psicosociales en el primer año de tratamiento y posteriormente a los 4-5 años del mismo. Los reportes iniciales de bienestar, el optimismo el estatus marital fueron predictores de ajuste positivo, esto pareciera indicar que variables sociales y de personalidad en las sobrevivientes de cáncer está conectado al bienestar subjetivo.

Abordaremos entonces la capacidad moduladora que tiene la resiliencia sobre la enfermedad oncológica, el afrontamiento positivo, las

redes de apoyo, y la importancia del terapeuta como portador de las herramientas necesarias para llevar a cabo la intervención, siendo así se considera importante abordar los elementos que permiten afirmar que el diagnóstico de cáncer constituye un factor potencialmente dañino para la salud mental de la persona diagnosticada, las distintas variables a tomar en cuenta ante esta situación y el papel que el afrontamiento tiene en este momento tan crucial en el bienestar psicológico de los pacientes oncológicos.

En ese sentido deben abordarse las características que nos permiten afirmar que el diagnóstico de cáncer que recibe una persona y las acciones posteriores al mismo (que pueden ir desde la quimioterapia hasta las intervenciones quirúrgicas) cumplen los requisitos para ser considerada una situación potencialmente generadora de estrés y de riesgo para la salud mental.

#### **II.6.4 RESILIENCIA Y SU RELACIÓN AL SEXO Y ESTADO CIVIL.**

Palomares y Gomez (2010) En su estudio relacionado con el desarrollo de DESARROLLO DE UNA ESCALA DE MEDICIÓN DE LA RESILIENCIA CON MEXICANOS expresan que algunos individuos logran no solo superar la adversidad, sino incluso salir fortalecidos de ella. A estas personas se las llama *resilientes*. La *resiliencia* no es unidimensional o un atributo dicotómico que las personas tienen o no tienen; implica la posesión de múltiples habilidades en varios grados que ayudan a los individuos a afrontar (Reivich & Shatté, 2002).

En tal sentido este estudio el objetivo de los autores fue desarrollar un instrumento con población mexicana (*Escala de Resiliencia Mexicana, RESI-M*), tomando como base dos escalas que miden la resiliencia en adultos: *The Connor - Davidson Resilience Scale* (CD-RISC) de Connor y Davidson (1999) y *The Resilience Scale for Adults* (RSA) de Friborg, Hjemdal, Rosenvinge y Martinussen (2001) para lo cual

participaron 217 sujetos de 18 a 25 años, de ambos sexos. Asimismo, se observó que existen diferencias estadísticamente significativas en los factores de la resiliencia, de acuerdo con el sexo, la edad y el estado civil, observándose que las mujeres obtienen puntajes más altos en apoyo social, el grupo de más edad tiene un mayor promedio en competencia social y apoyo familiar y finalmente las personas casadas se sienten más fuertes y con más confianza en sí mismas y los solteros perciben un mayor apoyo social en comparación con los casados.

En este mismo orden de ideas, Fahad & Sandman, (2000) consideran que los factores de riesgo y de protección se asocian diferencialmente al género, en función del contexto social y cultural en el que se desarrollan. Por ejemplo, resultados de investigación. Han mostrado que en algunas culturas no es bien visto que los hombres expresen sus problemas o sentimientos porque significa debilidad. Esta restricción social necesariamente limita el tipo de soporte social disponible para los varones.

Algunos autores sostienen que las responsabilidades adicionales que tienen las personas casadas (en comparación con las solteras), las hacen más fuertes, más flexibles y menos afectadas por los cambios o sucesos inesperados (Palomar 2010).

## **CAPITULO III**

### **III MARCO METODOLOGÍCO.**

#### **III.1 OBJETIVOS**

##### **III.1.1 OBJETIVO GENERAL**

Determinar la presencia de acontecimientos vitales estresantes y resiliencia en pacientes con cáncer de mama y en pacientes con linfoma. En la unidad Oncológica y Hematológica del Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes 2011-2012.

##### **III.1.2.OBJETIVOS ESPECIFICOS**

1. Caracterizar a la población en estudio desde el punto de vista sociodemográfico.
2. Evaluar la resiliencia, en los pacientes con cáncer de mama y pacientes con linfoma durante el tratamiento quimioterápico.
3. Determinar la asociación entre los factores sociodemograficos de los pacientes con cáncer de mama o linfoma y la resiliencia.
4. Indagar la relación entre resiliencia y acontecimientos vitales estresantes, en pacientes con cáncer de mama y pacientes con linfoma durante el tratamiento quimioterápico.

### **III.1.3 HIPOTESIS:**

HIPOTESIS 1: La resiliencia en los pacientes con cáncer de mama y linfoma no difieren significativamente entre ellos.

HIPOTESIS 2: Existe diferencia en los niveles de resiliencia en las características sociodemográficas.

## **III.2. DESCRIPCIÓN DE LA METODOLOGÍA.**

### **III.2.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN.**

La presente investigación responde a una investigación cuantitativa, no experimental, analítica de corte transversal apoyada en una investigación de campo de carácter descriptivo. Al respecto, Hernández, Fernández y Baptista(1998) señalan que los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a otro análisis.”(p.60).

Los estudios descriptivos no solo se limitan a presentar puntos de vista personales es descriptiva ya que se examinaron las características del problema planteado, se elaboro una encuesta para la recolección de datos sociodemográficos, se verificó la validez y la confiabilidad del instrumento, para después de su aplicación analizar e interpretar los resultados, así mismo, el presente estudio utilizo la modalidad de estudio de campo porque se estableció contacto directo con la población, donde los datos fueron directamente de la realidad, partiendo de la base de datos originales.

En tal sentido el Manual de Trabajos de Grado de Especialización y maestría y tesis Doctorales del la Universidad Pedagógica Experimental Libertador. Venezuela. UPEL(2006)., expresa: “Se entiende por investigación de campo, el análisis sistemático de problemas en la realidad, con el propósito bien sea de describirlos, interpretarlos, entender su naturaleza y factores constituyentes, explicar sus causas y efectos, o predecir su ocurrencia, haciendo uso de métodos característicos de cualquiera de los paradigmas o enfoques de investigación conocidos o en desarrollo.

### **III.2.2 POBLACIÓN**

Según Balestrini (2000) por población se entiende “un conjunto finito o infinito de personas, o elementos que presentan características comunes y para el cual serán válidas las conclusiones obtenidas en la investigación.

La población objeto de estudio, participó de manera voluntaria, consentida e informada donde estuvo conformada por un universo de 124 nuevos casos de cáncer de mama y 63 nuevos casos de linfomas con diagnóstico, que ingresaron al Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes. Unidad de Oncología y Hematología. Estado Mérida en el periodo 2011 – 2012, primer trimestre del 2012. Mérida –Venezuela.

Se consideraron aquellas que se encontraban bajo tratamiento quimioterapico para el momento de esta investigación, 51 (63%) con cáncer de mama, 50 (31%) de los pacientes con linfoma respectivamente.



### **III.2.3 MUESTRA.**

Según Hernández y otros (1998), “la muestra es, en esencia, un subgrupo de la población. Digamos que es un subconjunto de elementos que pertenecen a ese conjunto definido en sus características a los que llamamos población”. Como ya se indicó previamente, para la selección de la muestra se utilizó el muestreo aleatorio simple y finalmente la muestra quedó conformada por 40 (78%) de pacientes con cáncer de mama y 40(80%) de pacientes con linfomas.

### **III.2.4 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

De acuerdo a Arias (1999), las técnicas de recolección de datos son las distintas formas y maneras de obtener la información como: observación directa, encuestas (con sus modalidades, entrevista y cuestionario), análisis documental y otros”. (P.80).

Se diseñó una ficha de datos sociodemográficos, para obtener datos generales de los participantes, la cual constó de 4 ítems, donde se les preguntaron datos como el género, edad, estado civil, cédula de identidad.

Para la recolección de datos se utilizó una encuesta según la escala de Resiliencia de Connor-Davidson, 2003. Versión española de Menezes de Lucena V, Fernández B, Hernández L, Ramos F, Contador I. 2006.

A todos los sujetos se le aplicaron las encuestas de forma individual y auto - administradas. Los cuestionarios fueron procesados según las especificaciones de cada uno. La escala de Connor – Davidson, parece tener una excelente propiedad psicométrica. (Campbell-Sills et al, 2006;. Connor y Davidson, 2003). Los autores de los elementos de CD-RISC reflejan la construcción de capacidad de recuperación mediante la realización de una amplia revisión de la literatura en la recuperación de experiencias estresantes y en un análisis factorial exploratorio, cinco factores que surgieron, reflejando:

- (1) La competencia personal,
- (2) La tolerancia del afecto negativo y el crecimiento relacionado con el estrés,
- (3) La aceptación de los cambios
- (4) El control personal
- (5) espiritualidad.

Es de hacer notar, que al aplicar el cuestionario CD-RIC se obtiene un adecuado valor para medir la resiliencia. Sin embargo al discrimina los factores que constituyen las cinco escalas y que miden cada una de las categorías: Competencia personal y tenacidad, confianza en sí mismo y fortalecimiento bajo estrés, adaptación positiva del cambio, control e influencias espirituales, se determinó en el transcurso de la investigación que las escalas no se ajustaban a la realidad sociocultural de nuestra población, por tal razón los ítems de la escala en estudio, se sometieron a un análisis factorial, donde se obtuvieron ocho (8) factores o escalas con auto- valores mayor a 1; los factores cinco (5), seis (6), siete (7) y ocho (8) que presentaron un solo elemento; por tanto, el análisis factorial se desarrolló con tres y cuatro factores, eligiendo el de tres factores por los agrupamientos de las preguntas del test, que permitieron definir mejor las escalas. Quedando constituidas de la siguiente manera:

- Competencia personal y tenacidad.
- Optimismo
- Fortaleza y aceptación.

Para estos 3 factores se determino la consistencia interna de cada factor, obteniendo los siguientes resultados de alfa de Cronbach: 1.- Competencia personal y tenacidad 0,83, 2.- Optimismo 0,71, 3.- fortaleza y aceptación 0,73. Para la escala en general el Alfa de Cronbach fue de 0,86, es decir todos presentan consistencia interna.

De la misma manera se utilizo la escalas de Acontecimientos Vitales Estresantes de **Holmes and Rahe**, adaptación española. Desde la

descripción original de la escala de reajuste social por Holmes y Rahe. Las puntuaciones establecidas por Holmes y Rahe para la población norteamericana pueden no ser válidas en una cultura diferente. Por ello hemos realizado el presente estudio, con objeto de establecer los valores de diversos sucesos en nuestro medio.

### **III.2.5 SISTEMA DE VARIABLES:**

#### **VARIABLES DEPENDIENTES:**

Resiliencia en los pacientes con cáncer de mama o linfoma.

#### **VARIABLES INDEPENDIENTES**

- Cáncer
- Tratamiento Quimioterapico.
- Radioterapia.

#### **VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS:**

Las que se han recogido mediante preguntas de elaboración propia.

### **III.2.0. CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

Todo paciente con diagnóstico de cáncer de mama o linfoma que se encuentre recibiendo tratamiento con quimioterapia o radioterapia, que ingrese al Instituto Hospital Universitario de los Andes. Unidad de Oncología y Hematología.

Pacientes femeninos y masculinos.

### **III.2.6.CRITERIOS DE EXCLUSION.**

Pacientes que no han recibido tratamiento de quimioterapia o radioterapia.

Con diagnósticos previos de otras enfermedades oncológicas.

Pacientes con reciente diagnóstico sin tratamiento.

Pacientes que cursen con antecedentes de alteración de las funciones cognitivas.

### **III.2.7 ANÁLISIS ESTADÍSTICO:**

En consecuencia los análisis estadísticos de los datos se procesaron por el paquete estadístico SPSS versión 17. Se calculó el coeficiente Alfa-Cronbach para determinar la confiabilidad de consistencia interna del instrumento. La correlación(r) de Pearson se aplicó entre los factores con la escala general Resiliencia (CD-RISC) y de Acontecimientos Vitales Estresantes, para ver cómo se relacionaron todas las variables del estudio. La correlación nos dio la relación entre variables (alta, media o baja) y la dirección (Si incrementa es positiva o disminuye si es negativa).

## RESULTADOS

## Características de las muestras bajo estudio

Para el estudio de la resiliencia en pacientes con cáncer de mama o linfoma, se seleccionaron 80 pacientes, distribuidos en partes iguales en las dos enfermedades; el 68,75% de los pacientes son mujeres y el 31,25% hombres. Por grupo etario se tiene que el 55,00% es mayor de 50 años, el 22,50% entre los 41 y 50 años, el 15,00% entre los 31 y 40 años y el 7,50% para el grupo de 21 y 30 años. (ver cuadro N° 1)

### Distribución de pacientes por sexo según grupo etario

**Mérida, Venezuela. Año 2011-2012**

Grupo de Edad	Sexo				Total	%
	Mujeres		Hombres			
	Total	%	Total	%		
[21 - 30]	1	1,25%	5	6,25%	6	7,50%
[31 - 40]	7	8,75%	5	6,25%	12	15,00%
[41 - 50]	16	20,00%	2	2,50%	18	22,50%
> 50	31	38,75%	13	16,25%	44	55,00%
Total	55	68,75%	25	31,25%	80	100,00%

Fuente: Cuestionario Escala de Resiliencia de Connor-Davidson

### Por estado civil.

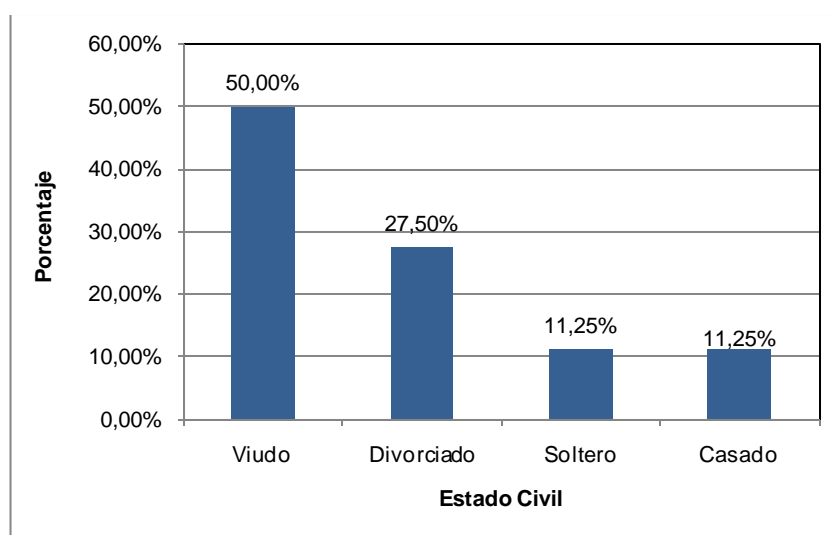
De los 80 pacientes bajo estudio el 50% son casados, 27,50% solteros, 11,25% divorciados e igual valor viudos (ver gráfico N° 1).

**Gráfico N° 1.**

#### **Distribución de los pacientes por estado civil**

**Unidad de Oncología, IHULA**

**Mérida, Venezuela. Año 2011-2012**



### Por diagnóstico.

En relación al diagnóstico se tiene que el 37,50% de los pacientes presentaron linfoma no hodgkin, 25% cáncer de mama derecha e igual valor de cáncer de mama derecha y 12,50% linfoma hodgkin. (ver cuadro N° 2)

## **Cuadro N° 2.**

### **Distribución de pacientes según diagnóstico**

**Unidad de Oncología, IHULA**

**Mérida, Venezuela. Año 2011-2012**

Diagnóstico	Total	%
Cáncer mama derecha	20	25,00%
Cáncer mama izquierda	20	25,00%
Linfoma Hodgkin	10	12,50%
Linfoma No Hodgkin	30	37,50%
Total	80	100,00%
Fuente: Cuestionario Escala de Resiliencia de Connor-Davidson		

### **Distribución por enfermedad y edad**

El Grafico 2. Se encontró que el mayor porcentaje de pacientes con afección de linfoma se encontraba en la población de mayores de 50 años 22% del total, seguido de cáncer de mamas en un 25% el cual fue para mayores de 50 años por igual para cada lado de afectación, la incidencia para el hodgkin de igual modo se distribuyo en 7,5% los mayores de 50 años en menor frecuencia.(Ver grafico 2)

Así mismo se calculo el porcentaje para hombres resulto un 25% para linfomas no hodgkin, un 3,75% para los hodgkin ; 2% para el cáncer de mama la izquierdo, la población de mujeres se encontró distribuida 25% para cáncer de mama derecha, 22,5 % mama izquierda , 12,5 % para linfomas no hodgkin, 8,75% para el hodgkin.

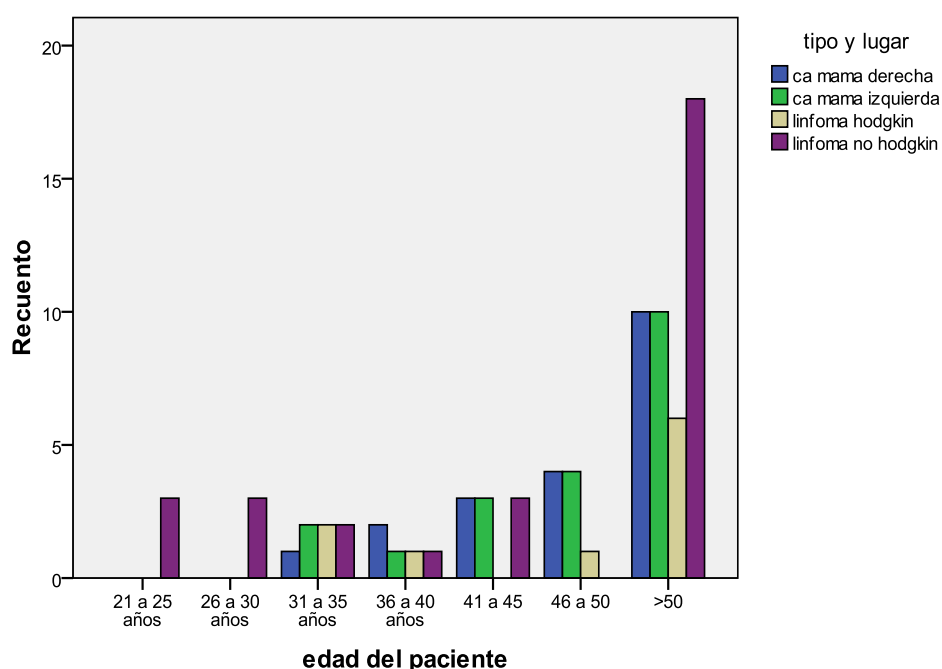
## Grafico N° 2

### Distribución de pacientes según edad y diagnóstico

Unidad de Oncología, IHULA

Mérida, Venezuela. Año 2011-2012

Gráfico de barras



En este sentido describimos la distribución de los casos de linfoma en acuerdo con el sexo apreciando que el total de las pacientes para cáncer de mama población femenina estuvo constituida por 95%, mientras la población masculina fue de 5%, así mismo para los linfomas estuvo constituida por 33,33% para femeninas y 66,66% para la población masculina observándose mayor predominio de estos en los linfomas no hodgkin (Ver Cuadro 3).



### **Cuadro N° 3**

**Distribución de los casos de acuerdo tipo cáncer y sexo. en pacientes con cáncer de mama y pacientes con linfoma Unidad de Oncología, IHULA.**

**Mérida, Venezuela. Año 2011-2012**

Tipo de cáncer		sexo				Total	
		femenino		masculino			
		Total	%	total	%	Total	%
	ca mama	38	95%	2	5%	40	100%
	linfoma hodgkin	7	70%	3	30%	10	25%
	linfoma no hodgkin	10	33.33%	20	66.66%	30	75%

#### **1. Análisis factorial exploratorio al test de resiliencia para pacientes con cáncer de mama y pacientes con linfoma.**

Los factores encontrados para el análisis de resiliencia en pacientes con cáncer de mama o linfoma fue: 1.- Confianza en sí mismo y tenacidad; 2.- Optimismo e iniciativa y 3.- Aceptación y esfuerzo, estos factores explican el 43,56% de la variabilidad total de los datos. (ver cuadro N° 4)

### Cuadro N°4

#### **Análisis factorial exploratorio de resiliencia en pacientes con cáncer de mama y pacientes con linfoma Unidad de Oncología, IHULA.**

**Mérida, Venezuela. Año 2011-2012**

Pregunta		Factor		
		1	2	3
4	Puedo resolver cualquier cosa que se presente	0,488	0,122	-0,108
8	Tiendo a recuperarme de las enfermedades o dificultades	0,462	-0,009	0,283
11	Puedo conseguir mis metas	0,609	0,109	0,052
12	Cuando parece que irremediablemente algo no tiene solución, no abandono	0,419	0,120	-0,026
15	Prefiero tomar la iniciativa cuando hay que resolver un problema	0,557	0,333	-0,052
16	No me desanimo fácilmente por el fracaso	0,579	0,116	0,350
18	Tomo decisiones difíciles	0,715	-0,015	0,114
19	Puedo manejar sentimientos desagradables	0,493	0,363	-0,057
21	Tengo muy claro por donde quiero ir en mi vida	0,716	0,173	0,148
22	Siento que controlo mi vida	0,604	0,165	0,123
24	Trabajo para conseguir mis metas	0,725	0,088	0,224
25	Me siento orgulloso de mis logros	0,748	0,124	0,184
2	Tengo personas en quienes confió y me siento seguro	-0,013	0,719	0,133
3	Algunas veces dejo que el destino y dios me ayude	0,022	0,502	0,196
5	Los éxitos pasados me ayudan afrontar nuevos desafíos con confianza	0,291	0,577	0,256
13	Se donde acudir por ayuda	0,237	0,547	-0,061
14	Bajo presión, me concentro y pienso claramente	0,277	0,522	-0,211
20	Sigo los presentimientos que tengo	0,009	0,688	0,178
23	Me gusta los desafíos	0,226	0,539	0,106
1	Soy capaz de adaptarme	0,368	0,184	0,538
6	Veo el lado divertido de las cosas	0,180	0,358	0,604
7	Afronto el stres, me fortalece	0,097	0,341	0,515
9	Pienso que las cosas pasan por alguna razón	-0,024	0,079	0,698
10	Me esfuerzo al máximo en cada ocasión	-0,008	-0,030	0,650
17	Pienso que soy una persona fuerte	0,501	-0,043	0,575
	Auto valores	6,779	2,173	1,939
	Varianza explicada	27,117	8,691	7,755

## **2. Análisis de consistencia interna y correlación de los factores.**

Para los tres factores definidos se determinó la consistencia interna de cada factor, obteniendo los siguientes resultados de Alfa de Cronbach: 1.- confianza en sí mismo y tenacidad 0,83, 2.- optimismo e iniciativa 0,71 y 3.- aceptación y esfuerzo 0,73. Para la escala en general el valor de Alfa de Cronbach fue de 0,86, es decir, la escala general y los factores definidos presentan consistencia interna. (ver cuadro N° 5)

### **Cuadro N° 5.**

#### **Fiabilidad de los factores en el cuestionario de resiliencia**

#### **Unidad de Oncología, IHULA**

#### **Mérida, Venezuela. Año 2011-2012**

Escala	N de elementos	Alfa de Cronbach
Resiliencia total	25	0,86
Confianza en sí mismo y tenacidad	12	0,83
Optimismo	7	0,71
Aceptación y fortaleza	9	0,73

Otro aspecto importante de los factores establecidos para los pacientes con cáncer de mama y linfoma, es que todos presentan entre ellos correlación al nivel de significación de 0,01, por otra parte, se observó alta correlación de los factores con la puntuación total de la escala de resiliencia. (ver cuadro N° 6)

**Cuadro N° 6.**

**Correlación entre los factores y la escala de resiliencia,**

**en pacientes con cáncer de mama y pacientes con linfoma**

**Unidad de Oncología, IHULA**

**Mérida, Venezuela. Año 2011-2012**

	F1	F2	F3	Escala de Resiliencia
F1	1,000			
F2	0,44**	1,000		
F3	0,44**	0,36**	1,000	
Escala de Resiliencia	0,86**	0,76**	0,72**	1,000

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

F1: Confianza en si mismo y tenacidad, F2: Optimismo e iniciativa; F3: Aceptación y esfuerzo

### **3. Relación entre el diagnóstico y la escala de resiliencia.**

Para el análisis de la resiliencia entre el cáncer de mama y el de linfoma, las puntuaciones originales se transformaron en porcentajes para la escala total y los factores, de manera que mayor porcentaje indica más resiliencia. Al comparar la resiliencia total y los factores definidos no se encontraron diferencias significativas entre los pacientes con cáncer de mama y linfoma, sin embargo, cabe destacar que los pacientes con cáncer de mama presentaron más resiliencia con respecto a los con linfoma, en relación a los factores, se observó que los pacientes con cáncer de mama presentan mayor aceptación y esfuerzo (83,96%) así como, optimismo e iniciativa (79,29%) con respecto a los pacientes con linfoma, sin embargo, estos últimos presentaron mayor confianza en sí

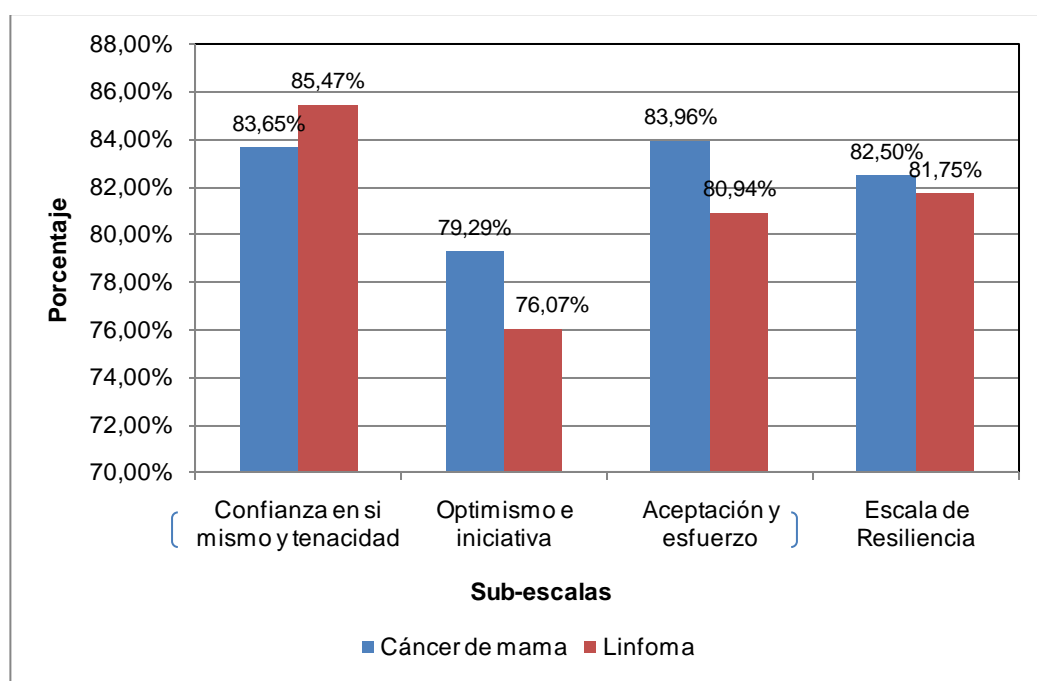
mismo y tenacidad (85,47%) con respecto a los de cáncer de mama. (ver gráfico N° 3)

### Gráfico N° 3

#### Promedio de escala de resiliencia según cáncer de mama y linfoma

Unidad de Oncología, IHULA

Mérida, Venezuela. Año 2011-2012



#### Por grupo de edad

Para comparar la resiliencia entre los grupo de edad, estos se reagruparon en dos grupos, debido a que los pacientes mayores de 50 años representan el 55% de la muestra. Luego de verificar que no hubo violación del supuesto de normalidad, se empleó la prueba t para muestras independientes con nivel de significación de 0,05.

Los resultados obtenidos para los pacientes con cáncer de mama mostraron diferencias significativas en el factor optimismo e iniciativa con

P(0,008), donde los pacientes menores o igual a 50 años presentaron menor optimismo con respecto a los mayores de 50 años. Para los pacientes con linfoma se observó para el mismo factor diferencias significativas con P(0,02), sin embargo, el comportamiento es distinto al del cáncer de mama, ya que los pacientes menores o igual a 50 años presentaron mayor optimismo con respecto a los mayores de 50 años. (ver cuadro N° 7)

No se observó diferencias significativas para la escala total, así como, para el resto de los factores.

### **Cuadro N° 7**

#### **Comparación de la resiliencia por grupo de edad según enfermedad y factores.**

**Unidad de Oncología, IHULA**

**Mérida, Venezuela. Año 2011-2012**

Enfermedad/Factores	Grupo de edad		P
	<= 50	> 50	
	media (DS)	media (DS)	
Cáncer de mama			
Resiliencia total	79,2±12,22	85,8±8,52	0,054
Confianza en sí mismo y tenacidad	81,15±13,41	86,15±9,98	0,19
Optimismo e iniciativa	73,75±12,92	84,82±12,20	0,008
Aceptación y esfuerzo	81,67±15,38	86,25±11,40	0,29
Linfoma			
Resiliencia total	86,18±9,09	78,79±12,85	0,054
Confianza en sí mismo y tenacidad	89,32±9,97	82,89±15,09	0,14
Optimismo e iniciativa	84,15±12,97	70,68±1950	0,02
Aceptación y esfuerzo	82,29±2248	80,03±14,69	0,70
DS: Desviación estándar			

#### **Por sexo**

Con relación al sexo en análisis solo se realizó para los pacientes con linfoma, ya que para los pacientes de cáncer de mama se contaba con 2

dos hombres. Se empleó la prueba t para muestras independiente con nivel de significación de 0,05, a fin de contrastar si el promedio de la resiliencia total y de los distintos factores era igual para ambos sexos. Los resultados muestran con  $P(0,046)$  diferencias significativas para la resiliencia total, donde los hombres presentan valores más altos de resiliencia con relación a las mujeres. (ver cuadro N° 8)

No se observaron diferencias significativas para los factores

#### **Cuadro N° 8.**

#### **Comparación de la resiliencia por sexo en pacientes con linfoma**

**Unidad de Oncología, IHULA**

**Mérida, Venezuela. Año 2011-2012**

Enfermedad/Factores	Sexo		P
	Hombre	Mujer	
	media (DS)	media (DS)	
Linfoma			
Resiliencia total	84,95±9,86	77,41±13,39	0,046
Confianza en sí mismo y tenacidad	89,04±9,61	80,64±16,60	0,051
Optimismo e iniciativa	80,59±18,74	69,95±16,17	0,68
Aceptación y esfuerzo	81,88±19,69	79,65±15,86	0,70
DS: Desviación estándar			

#### **4. Relación entre la escala de acontecimientos vitales estresantes y la escala de resiliencia**

Al querer comparar la escala de acontecimientos vitales estresantes con la resiliencia, tomando en consideración las enfermedades de cáncer de mama y pacientes con linfoma; el número de pacientes por categoría de la escala de acontecimientos vitales disminuye y en consecuencia resulta imposible realizar un test paramétrico (ANOVA). A fin de homogeneizar la muestra para las distintas patologías, la escala de acontecimientos

vitales estresantes se clasificó en tres categorías a saber: 1.- sin riesgo o bajo riesgo, 2.- riesgo intermedio y 3.- alto riesgo, así mismo, la escala de resiliencia y los factores se categorizaron utilizando los cuartiles de la escala total, es importante recordar que tanto la escala total como los factores fueron convertidos en porcentaje, esto para facilitar los análisis y estandarizar la categorización, la cual se definió de la siguiente manera: menor o igual 75%, de 76% a 85%, de 86 a 89 y de 90% a 100% , donde mayor porcentaje representa mayor resiliencia, así como, mayor Confianza en sí mismo y tenacidad; Optimismo e iniciativa y Aceptación y esfuerzo, en consecuencia mayor capacidad de sobreponerse a la adversidad y superar los problemas de una manera positiva.

Por otra parte, el estadístico chi-cuadrado para determinar la relación entre las variables escala acontecimientos vitales estresantes y resiliencia resulta inadecuado en aquellas variables donde el número de frecuencias esperadas en las casillas de las tablas de contingencia sea más de la mitad, por ello se empleó el análisis de correspondencias para describir las relaciones existentes entre dos variables, proyectando en un espacio de pocas dimensiones, las relaciones de las categorías de las variables, donde categorías cercanas indican relación.

### **Cáncer de mama**

Para los pacientes con cáncer de mama se observó que pacientes con alto de riesgo en la escala de acontecimientos vitales estresantes se asocian a la categoría de menor o igual a 75% de resiliencia, es decir, a los pacientes con menor resiliencia, asimismo, los pacientes con riesgo intermedio se asocian a altos valores de resiliencia entre 90% y 100%, mientras que los pacientes sin riesgo o con bajo riesgo se asocian con valores de resiliencia que oscilan entre 76% y 89%. (ver gráfico N° 4)



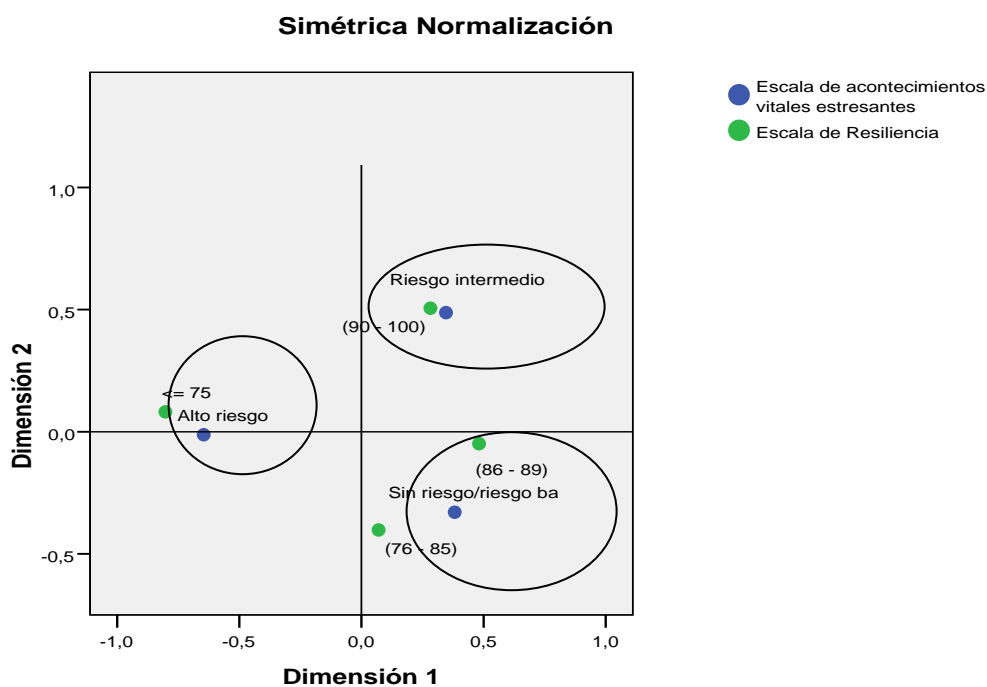
**Gráfico N° 4.**

**Relación entre la escala de acontecimientos vitales estresantes y la escala de resiliencia en pacientes con cáncer de mama**

**Unidad de Oncología, IHULA**

**Mérida, Venezuela. Año 2011 -2012**

**Puntos de columna y de fila**



## **Linfoma**

En el caso de los pacientes con linfoma el resultado es similar a los pacientes con cáncer de mama, sin embargo, la distancia entre las categorías está un poco más alejada para este grupo de pacientes. (ver gráfico N° 5)

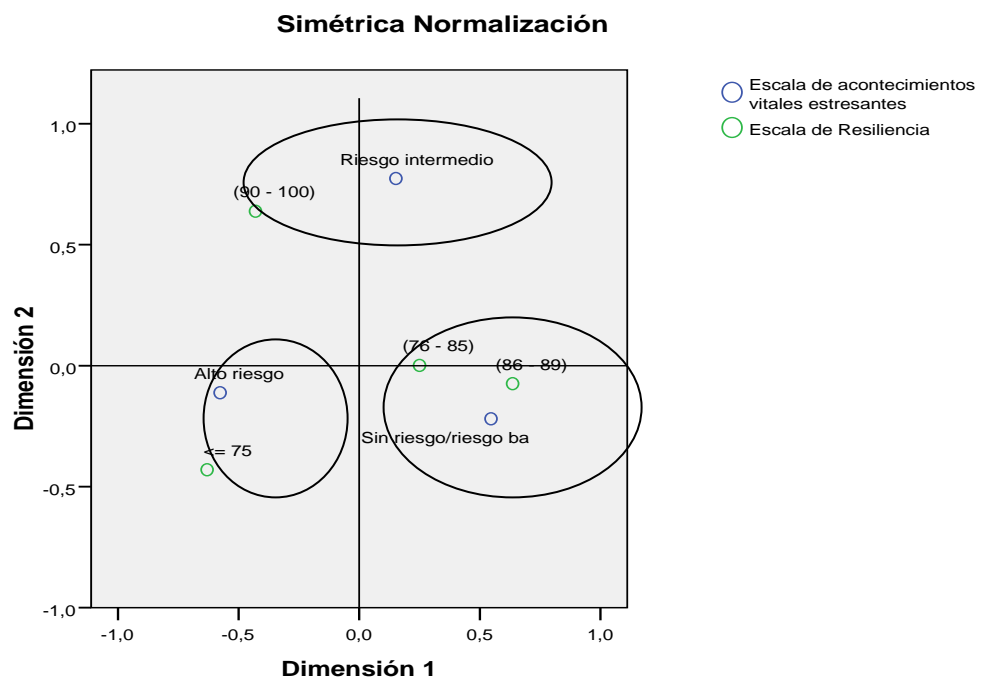
### Gráfico N° 5.

**Relación entre el escala de acontecimientos vitales estresantes y la escala de resiliencia en pacientes con linfoma**

**Unidad de Oncología, IHULA**

**Mérida, Venezuela. Año 2011- 2012**

**Puntos de columna y de fila**



## **5. Relación entre la escala de acontecimientos vitales estresantes y los factores**

### **Cáncer de mama**

Los resultados obtenidos mediante el análisis de correspondencia para los pacientes con cáncer de mama, muestra agrupamientos interesantes, para los pacientes con alto riesgo en la escala de acontecimientos vitales estresantes se asocian a niveles bajos de confianza en sí mismo y tenacidad ( $\leq 75\%$ ); optimismo e iniciativa ( $\leq 75\%$ ) y aceptación y esfuerzo ( $\leq 75\%$ ); por otra parte pacientes con riesgo intermedio se asocian a valores altos de confianza en sí mismo y tenacidad (90% a 100%); optimismo e iniciativa (90% a 100%) y aceptación y esfuerzo (86% a 100%); pacientes sin riesgo o de riesgo bajo se asocian a valores entre 86% a 89% de confianza en sí mismo y tenacidad y optimismo e iniciativa (ver gráfico N° 6)

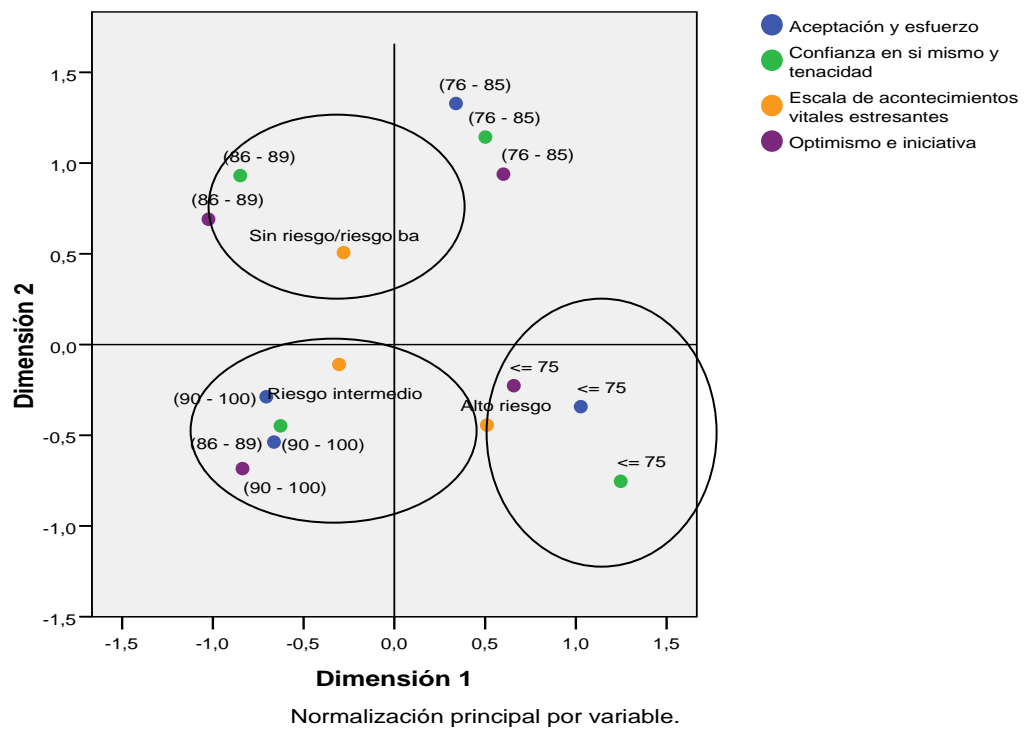
**Gráfico N° 6.**

**Relación entre escala de acontecimientos vitales estresantes  
y los factores de resiliencia pacientes con cáncer de mama**

**Unidad de Oncología, IHULA**

**Mérida, Venezuela. Año 2011-2012**

**Diagrama conjunto de puntos de categorías**



## **Linfoma.**

Con relación a los pacientes con linfoma, los resultados son muy diferente a los de cáncer de mama, donde pacientes con alto riesgo en la escala de acontecimientos vitales estresantes se asocian a niveles altos de confianza en sí mismo y tenacidad (90% a 100%); optimismo e iniciativa(90% a 100%) y aceptación y esfuerzo (86% a 100%); mientras que los pacientes con riesgo intermedio se asocian a los valores más bajos de confianza en sí mismo y tenacidad ( $\leq 75\%$ ); optimismo e iniciativa( $\leq 75\%$ ) y aceptación y esfuerzo ( $\leq 75\%$ ) y pacientes sin riesgo o de riesgo bajo se asocian a valores entre 76% a 85% de confianza en sí mismo y tenacidad , optimismo e iniciativa y aceptación y esfuerzo. (ver gráfico N° 7)

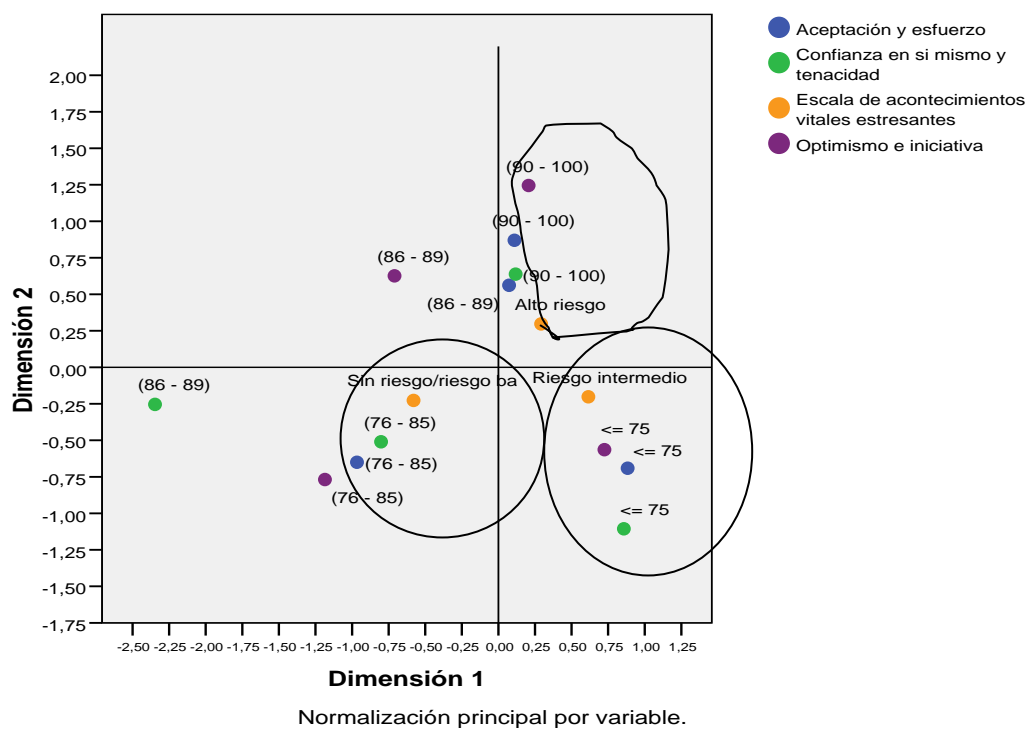
## Gráfico N° 7.

### Relación entre escala de acontecimientos vitales estresantes y los factores de resiliencia pacientes con linfoma

Unidad de Oncología, IHULA

Mérida, Venezuela. Año 2011-2012

#### Diagrama conjunto de puntos de categorías



## **CAPITULO V.**

### **V.1 DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.**

El presente estudio evaluó las propiedades psicométricas de la escala de Resiliencia Connor – Davidson (CD-RISC) en los pacientes con cáncer de mama y pacientes con linfoma, a su vez se realizaron asociaciones entre los Acontecimientos Vitales estresantes y la resiliencia para cada enfermedad. En el Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes. Mérida –Venezuela.

Hasta ahora se encontraron estudios donde aplicaron el CD-RISC en una variedad de países tales como Estados Unidos de Norte América, Sudáfrica, Austria, China, entre otros la mayoría de ellos en poblaciones jóvenes, estudiantes o adultos mayores y en cáncer , sin embargo no se encontraron estudios en su aplicación al cáncer en nuestro país.

Cabe destacar que todas estas investigaciones han presentado unas fuertes propiedades psicométricas para el instrumento, pero el factor de la estructura ha variado considerablemente en varios estudios ejemplo de ello, el descrito por Yu y Zhang 2007, en el cual el papel de la cultura intervino en su variación ya que la religión china y sus creencias en la escala de CD-RISC reflejado en espiritualidad y fe en Dios no se categorizo como factor independiente. En nuestro estudio se realizó una nueva factorización dando como resultado la obtención de 3 factores compuestos de la siguiente manera

Competencia Personal y tenacidad

Optimismo

Aceptación y Fortaleza.

**V.1.2 Objetivo 1. Caracterizar a la población en estudio desde el punto de vista sociodemográfico (edad, género, estado civil)**

Si bien el cáncer de mama es responsable de un número importante de muertes en mujeres de todo el mundo, la incidencia es mucho mayor en el mundo desarrollado occidental. Aproximadamente el 45%, de más de 1 millón de casos nuevos de cáncer de mama diagnosticados por año, y más del 55% de muertes por esta causa ocurren en los países occidentales de bajos y medianos ingresos.(Restrepo 2009),

Aunque las mujeres del este asiático todavía presentan las tasas más bajas, cuando se comparan con las tasas de Estados Unidos (21 por 100.000) y de Europa occidental (85 por 100.000), en estos países con registros más bajos se ha observado un aumento en las tasas. En los últimos 40 años, en Japón, Singapur y Corea se ha duplicado o triplicado y los registros urbanos de China documentan un aumento del 20 al 30% en la última década. La misma tendencia se reporta en las zonas urbanas de la India (Cáncer 2012)

En esta investigación, el 50% de los casos corresponde a pacientes mayores de 50 años, lo cual coincide a lo reportado en la casuística internacional que informan que el cáncer de mama es más frecuente en mujeres mayores de 40 años (cáncer, 2011)., Así mismo coinciden con los reportes en la población mejicana, en la cual la mayoría (45.5%) de los casos tienen edad mayor a 40 años; además concuerda con lo reportado en EEUU y Europa que indican una media de 40 años en el 63% y 64% respectivamente.(Rodríguez 2008). En cuanto a la frecuencia en el sexo masculino, el cáncer de mama se presentó en el 2% de los casos, una frecuencia discretamente mayor a la reportada en la literatura que informa una frecuencia de 0.8 al 1%.(Cáncer, 2011)



En cuanto a los casos estudiados con linfoma tres cuartas partes corresponden a LNH. Cuando se discrimina por sexo, la mayoría de los casos de LNH (66,6%) son de sexo masculino, mientras que los casos LH, la mayoría (70%) son de sexo femenino: Estos resultados concuerdan con lo reportado en la literatura médica que informan una relación de 4:1 en LNH/LH, y concuerda con una mayor frecuencia de LNH en el sexo masculino así como mayor frecuencia de LH en el sexo femenino. La incidencia de los LNH varía considerablemente entre los diferentes países, pero se sitúa aproximadamente en 3-6 casos por 100.000 habitantes al año. Por otro lado LNH son más frecuentes varones. (willian 2007). Mientras que, la enfermedad de Hodgkin supone el 1% de todos los cánceres aproximadamente y el 10 % de todos los linfomas. En nuestro estudio, más de la mitad de los casos (60%) de los LNH y de los LH son mayores de 50 años, aun cuando se observa una *distribución bimodal* para los LH, puesto que un pico de incidencia aparece en la juventud, entre los 20 y 35 años, y un segundo pico aparece a edades más maduras, a partir de los 50 años, lo cual coincide con lo reportado por Williams (2007) que confirma la distribución de los LH bimodal y mayor frecuencia en las mujeres, con una relación 1,5-2:1. (Willians 2007)

En cuanto al estado civil, la mitad de los sujetos objeto de este estudio tiene condición civil casado (50%), un poco más de una cuarta parte son solteros (27,50%), y finalmente 11,25% correspondieron a divorciados y viudos respectivamente.

No hubo diferencias estadísticamente significativas en la relación con el estado civil y la resiliencia. En concordancia con los resultados de este estudio, Palomares y Gómez (2010) no observaron diferencia significativas en cuanto a la condición civil en el estudio de resiliencia en la población mejicana .Sin embargo algunos autores sostienen que las responsabilidades adicionales que tienen las personas casadas en

comparación con las solteras, las hacen más fuertes, más flexibles y menos afectadas por los cambios o sucesos inesperados (Fahad y Sandman, 2000).

### **V.1.3 Objetivo 2. Evaluar la resiliencia, en los pacientes con cáncer de mama y pacientes con linfoma durante el tratamiento quimioterápico**

Al analizar los resultados de este estudio, aun cuando no se observan diferencias significativas al comparar la resiliencia total y los factores definidos, se puede destacar porcentualmente que los pacientes con cáncer de mama presentaron más resiliencia con respecto a los de linfomas. La alta resiliencia observada en los casos objetos en este estudio concuerdan con el estudio realizado por Marty Pentz (2005), que concluyen que los adultos mayores con cáncer, en su mayoría son resilientes, a pesar de la devastación psicológica asociada a la enfermedad. Por otro lado Brix y cols. (2008) acotan que los pacientes con cáncer tienen resiliencia sustancialmente más alta que la población sana.

Cuando se discrimina de acuerdo a los factores, los pacientes con cáncer de mama presentan mayor porcentaje en la escala fortaleza (83,96%) y a su vez niveles altos en competencia personal y tenacidad, mientras en los linfomas alcanzaron mucho mayor porcentaje en la escala que mide Competencia personal y tenacidad (85,47%). Estos resultados concuerdan con los estudios de Gotay y cols (2004) que determinaron niveles altos de resiliencia en pacientes con cáncer y sobrevivientes al cáncer, sin embargo ellos obtuvieron niveles bajos para el factor de optimismo en relación con nuestros resultados donde este factor tienen valores no altos tanto en cáncer de mama (79,29%) como en los pacientes con linfoma (76,07%)

#### **V.1.4 Determinar la asociación entre los factores y variables sociodemograficos de los pacientes con cáncer de mama o linfoma y la resiliencia.**

Al comparar la resiliencia total y los factores sociodemograficos se encontraron diferencias significativas entre los pacientes con cáncer de mama y linfoma, se destaca que las pacientes con cáncer de mama presentaron niveles más altos de resiliencia que la de los linfomas. Si consideramos que el 95% de los casos de cáncer de mama están conformado por mujeres, permite orientar que los niveles de resiliencia son más altos en la población femenina. Esto resultados se corresponden con los obtenidos por Palomares y Gómez (2010) quienes observan que las mujeres obtuvieron una media de rangos mayor que los hombres, lo que indica una percepción más favorable en esta dimensión. Según Fahad y Sandman (2000) ya habían observado este tipo de resultado, explicando que en general el contexto social y cultural fomenta en las mujeres la expresividad de las emociones, lo que a su vez tiene un impacto en el desarrollo de redes de apoyo social.

Cuando se contrasta el promedio de la resiliencia total con los factores, en la variable de edad, encontramos que el grupo de pacientes de cáncer de mama presentaron niveles menores para el factor Optimismo con diferencia significativa con una  $P = 0,008$ ; en las pacientes menores o iguales a 50 años, lo contrario a las pacientes con edades mayores de 50.

Para el mismo factor Optimismo, en los pacientes con linfoma encontramos lo inverso, niveles elevados de optimismo con una significancia estadística de  $P=0.02$  para la mismo grupo etario ( $>50^a$ ). .

En este mismo contexto para la variable sexo solo se determino en la población con linfomas ya que el 66,66% son hombre para este grupo de enfermedad, se obtienen diferencias significativas donde los hombres presentan niveles más altos de resiliencia con relación a las mujeres con

una  $P = 0,046$  en correspondencia a la resiliencia total. Así como, muestran mayores niveles en cuanto a los factores de Optimismo. Estos resultados no pueden ser comparados con estudios previos, ya que no se encontraron en la literatura consultada trabajos similares para ser contrastados. Siendo estos resultados un aporte de esta investigación ya que orienta a que existen variaciones en los niveles de resiliencia y sus factores en cuanto al tipo de cáncer y el sexo.

Con las otras variables, condición civil, no se obtienen valores estadísticamente significativos. En cuanto a la condición civil, algunos autores sostienen que las responsabilidades que tienen las personas casadas en comparación con las solteras, las hacen más fuertes, más flexibles y menos afectadas por los cambios o sucesos inesperados (Fahad y Sandman, 2000). Para nuestro estudio no dieron valores representativos.

No obstante es evidente que en nuestros resultados hay una alta resiliencia tanto en los pacientes con cáncer de mama como de los pacientes con linfomas. De acuerdo a Palomares y Gómez (2010) la competencia personal se desarrolla desde la infancia y prevalece durante toda la vida. En este orden de ideas, Montoya (2005), señala que el concepto de "Resiliencia" implica la capacidad que tienen los seres de reaccionar y recuperarse ante situaciones adversas o en extremo traumáticas, saliendo fortalecidos para afrontar en forma creativa y optimista la vida. Lo anterior permite asumir que a mayor edad mayores probabilidades de haber estado expuestos a situaciones adversas de las cuales hayan salido fortalecidos con aumento de sus valores de resiliencia.

A su vez Wagnild (2003) encontró que las puntuaciones más altas de resiliencia se observan en individuos mayores de 85 años en comparación con muestras de adultos jóvenes en similitud a nuestro trabajo.

### **V.1.5 Indagar la relación entre resiliencia y acontecimientos vitales estresantes (AVE), en pacientes con cáncer de mama y pacientes con linfoma durante el tratamiento quimioterápico.**

En este estudio decidimos asociar la relación entre los acontecimientos vitales estresantes y la resiliencia en pacientes con cáncer de mama y pacientes con linfoma en tratamiento quimioterápico. En este sentido, los resultados muestran que esta relación es similar en ambos grupos pero con un alejamiento entre las categorías en los casos en pacientes con linfoma. Los casos con altos y bajos niveles de riesgo en la escala de acontecimientos vitales estresantes se asocian a las categorías de menor o igual característica de resiliencia.

Al determinar qué grupo etario presentaba estos niveles de ACV nos encontramos que eran las edades menores de 45 años, esto aunado a los niveles más bajos de optimismo determina que el cáncer como condición altamente estresante provoca efectos negativos en los pacientes el cual a su vez conlleva a niveles menos altos de resiliencia, hecho importante ya que se pueden aplicar herramientas para promover su capacidad de superación ante el hecho de esta enfermedad.

A su vez los pacientes con riesgo intermedio para la escala de AVE, se asocian a altos valores de resiliencia, del mismo modo promediamos las edades para este grupo de pacientes las cuales fueron mayores de 50 años.

En concordancia a lo descrito por Geyer S. (1991), quien señala que se obtuvieron categorías más severas AVE en las pacientes que se confirmó el diagnóstico de cáncer, de lesiones previamente consideradas sospechosas, sugiriendo una relación importante entre los AVE y el cáncer.

Así mismo en relación a los acontecimientos vitales estresantes y las diferentes sub-escalas encontramos que las pacientes con cáncer de mama en asociación con niveles altos de AVE se relacionan a niveles bajos de competencia personal y tenacidad, optimismo, fortaleza y

aceptación, a diferencia de las que presentaron riesgo intermedio la cuales se asociaron con niveles bajos de fortaleza y aceptación, (que puede estar asociados a que estas pacientes son mayores de 50 años en nuestro país no presentan un proyecto de vida, a diferencia de países desarrollados que las personas de la tercera edad presenta planes para tener una vida útil y saludables) del mismo modo las de riesgo bajo presentaron valores intermedios para tenacidad, optimismo, y fortaleza

Una línea de hipótesis explicativa para entender el porqué las pacientes con niveles intermedios de AVE son mayores de 50 años, pudiera relacionarse con el hecho de que la tarea de la adultez es la generatividad, el sentimiento de producir algo con el propio esfuerzo, de crear algo, verlo crecer y desarrollarse, mientras que en este grupo de pacientes esta tarea ya se ha cumplido. Sin embargo estas pacientes contaron con un alto nivel de resiliencia que pudiera explicarse por su experiencia a lo largo de los años, saliendo fortalecidas por los distintos AVE a los que has estado expuesta durante toda la vida. .

En los casos de cáncer de mama se observo bajo niveles de fortaleza, y altos niveles de optimismo, lo cual coincide con lo expuesto por Peled R. (2008).que indica que el número acumulado de acontecimientos vitales (dos o más eventos), se asocia seriamente con cáncer de mama y que un sentimiento general de felicidad y optimismo tiene un "efecto protector "en cáncer de mama.

En este mismo contexto, los pacientes con linfomas son muy diferentes a los de cáncer de mama donde altos niveles de AVE se asocian a altos niveles, de competencia personal y tenacidad, optimismo , fortaleza y aceptación, estos resultados pueden estar mediados por el género ya que la mayor población en linfomas son hombres y sus perspectivas de vida son diferentes a las de las mujeres a pesar de encontrarse en situaciones similares. Sanson-Fisher et al. Informó de que las mujeres podrían

necesitar apoyo psicosocial más frecuencia que los varones debido a una doble carga de cumplir con su todavía responsabilidades familiares y tareas de trabajo y de hacer frente a la enfermedad y el tratamiento.

## CONCLUSIONES

1. Se concluye que predomina el género femenino con una media entre 41 -50 años, en su mayoría casadas.
2. En la población para linfomas más de la mitad estuvo constituido por varones, mientras que en los de cáncer de mama como era de esperar casi el 100% fueron mujeres.
3. Se han encontrado unas fuertes propiedades psicométricas para el instrumento, pero el factor de la estructura ha variado considerablemente. Teniendo en cuenta las marcadas diferencias en las patologías en estudio, toma de muestras, la cultura y el país. Una observación puede ser importante en la el papel de la cultura está dada por Yu y Zhang en su estudio donde variaron los factores del estudio original.

Como resultado, en nuestro estudio se construye los factores en base a la autonomía / control / auto-eficacia sin que se pierda la espiritualidad, sin embargo queda integrada dentro de otros factores como el optimismo de alguna forma para la población venezolana el tener la esperanza que dios y las cosas que nos suceden son una forma optimista de que todo saldrá bien; se halló una distinción en los valores y creencias propios de la cultura en la que se encuentran inmersos los participantes. Para unos, tanto el cáncer como la muerte son vistos como un evento natural de la vida; puede ser necesario para interpretar de manera diferente nuestra cultura y costumbres. Tal vez se debe poner más énfasis en la armonía como un componente de capacidad de recuperación, o la adaptación exitosa a la adversidad.

4. Se determino que los acontecimientos vitales estresantes están asociados a bajos niveles de resiliencia. tomando en cuenta que



para el momento de estar recibiendo tratamiento quimioterápico implica una carga elevada de emociones y pensamientos negativos. Sin embargo, se produce una aproximación adaptativa a la situación, ante la cual todos los participantes hicieron uso de recursos tanto externos como internos lo que permite inferir que poseen rasgos característicos de la resiliencia en menor o mayor grado, influyendo para esto las condiciones biopsicosociales, y el género.

## **LIMITACIONES**

Nos enfrentamos a varias limitaciones, en la actual investigación el tamaño de la muestra de ambos grupos fue pequeño, afectando probablemente a algunos de los análisis estadísticos realizado. No dar cuenta de la información en relación con el funcionamiento cognitivo pre mórbido antes, durante o inmediatamente después de exposición a la quimioterapia, y esto puede ser una preocupación para otras fuentes de variabilidad. Para futuras investigaciones, un estudio longitudinal sería conveniente con el fin de explorar la impacto de las diversas modalidades de tratamiento del cáncer

## **RECOMENDACIONES.**

El equipo de salud, primordialmente el Hematólogo y Oncólogo debe valorar el paciente desde el punto de vista bio-psicosocial, en vista que usualmente se contempla de forma general la parte orgánica mas no humanista este último es fundamental para el afrontamiento de duelo en el paciente con enfermedad crónica o terminal. Donde el duelo está íntimamente relacionado con la resiliencia de los mismos ante su crisis existencial.

Apertura de una línea de investigación cualitativa fenomenológica con los aspectos como el trato al paciente, la escucha del mismo sea humanizado y el apego social fortalecido brindando una atención con calidad y calidez.

La creación de un Programa de Atención Integral al Paciente Oncológico, brinda las herramientas necesarias para manejar adecuadamente el estrés de manera positivista ante el diagnóstico y tratamiento, fortaleciendo en él su resiliencia.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

Anuario de Mortalidad. (2008) Ministerio del Poder Popular para la Salud.  
[hp//.www.mpps.gob.ve](http://www.mpps.gob.ve)

Ahern NR, Kiehl EM, Lou Sole M, Byers J. A Review of Instruments Measuring Resilience. Issues in Comprehensive Pediatric Nursing 2006;29:103-25.

Allen C. Sherman, Donna E., Stephanie Simonton and Paulette M. Caregiver Stress and Burnout in an Oncology unit, Palliative & Supportive Care / Volume 4 / Issue 01, pp 65 - 80

American Cancer Society.(fecha de acceso: 25/11/2011). What is Breast Cancer?Disponible en:[http://www.cancer.org/docroot/CRI/content/CRI\\_2\\_4\\_1X\\_What is breast cancer 5.asp?sitearea.American Cancer Society](http://www.cancer.org/docroot/CRI/content/CRI_2_4_1X_What_is_breast_cancer_5.asp?sitearea.American+Cancer+Society). (Fecha de acceso: 25/11/2011).

American Cancer Society.(fecha de acceso:12/11/2012)Linfoma Hodgkin estadísticas.[http://www.cancer.org/Espanol/cancer/EnfermedaddeHodgkin /Guiadetallada/enfermedad-de-hodgkin-what-is-what-is-hodgkin-disease](http://www.cancer.org/Espanol/cancer/EnfermedaddeHodgkin/Guia detallada/enfermedad-de-hodgkin-what-is-what-is-hodgkin-disease)

Andersson G. The benefits of optimism: a meta-analytic review of the life orientation test. Personality and Individual Differences 1996;21:719.

Aspinwall LG, MacNamara A. Taking positive changes seriously. Cáncer 2005;104: 2549–56.

Arias, (2004).Proyecto de Investigación Guía para su elaboración. Caracas.

Balestrini, M. (2001) Como se elabora el proyecto de investigación. 5° Edición, Caracas- Venezuela. Ediciones Consultores y asociados.

Bradshaw BG, Richardson GE, Kumpfer K, et al. Determining the efficacy of a resiliency training approach in adults with type 2 diabetes. *Diabetes Educ.* 2007; 33:650-9.

Beutler, Ernest y al, et. *Williams Hematología*. [trad.] P de la Torre Almansa y otros. 6taEdicion. 2007. 84-7101-460-2

Bonnano, G.A. (2004). Los trauma and health resilience. Have we underestimated the human capacity thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*,59,20-28.

Bonnano , G y kaltman, S (2001) The varieties of grief experience. *Clinical Psychology Review* 20, 1-30.

Brix C, Schleussner C, Füller J, Roehrig B, Wendt TG, Strauss B.J. 2008The need for psychosocial support and its determinants in a sample of patients undergoing radiooncological treatment of cancer. *Psychosom Res.* 2008 Dec;65(6):541-8

Capote N., Luis G. Aspectos epidemiológicos del cáncer en Venezuela. *Rev. venez. oncol.*, dic. 2006, vol.18, no.4, p.269-281. ISSN 0798-0582.

Cantele H., Méndez A,.Cáncer de mama. En: *Semiología y Patología Quirúrgica*. México: McGraw Hill Interamericana; 2003.p.173-175.

Campbell-Sills L, Stein MB. Psychometric analysis and refinement of the Connor- Davidson resilience scale (CD-RISC): validation of a 10-item measure of resilience. *J Trauma Stress* 2007; 20:1019-28

Campbell-Sills L, Cohan SL, Stein MB. Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults. *Behaviour Research and Therapy* 2006; 44: 585–99.

Carol D, Rebeca S., Priti B., Ahmedin J., Breast Cancer Statistics. Cancer Journal for Clinicians, Vol: 61: 409-418.

Carver, C., Smith, R, Antoni, M., Petronis, V., Weiss, S., y Derhagopian,R., 2005 Optimistic Personality and Psychosocial well-being among long-term survivors of breast cancer. Health Psychology, 24,5, 508-516.

Carver C., Enhancing adaptation during treatment and the role of individual differences. Cancer 2005;104(suppl):2602–2607. 4.

Covey, S. (2003) Los 7 habitos de la gente altamente efectiva. Editorial Paidos Barcelona.

Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: the Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC). Depression and Anxiety 2003;18:76–82.

Contrada, Richard J. (1989). Type a behavior, personality hardiness, and cardiovascular responses to stress. *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 57, n.5, pp. 895-903

Cyrulnik, B (2005). El amor que nos cura. España : Gedisa.

Charney DS. Psychobiological mechanisms of resilience and vulnerability: implications for successful adaptation to stress. American Journal of Psychiatry 2004;161:195–216.

Chiavenato,Idalberto (2002) Gestion del Talento Humano. Editorial McGraw- Hill Interamericana S.A. Santa Fe de Bogotá.

Diccionario Básico Latín-Español/Español-Latín; 1992. Barcelona, España.

De Haan, L., Hawley, RD, Deal, JE, (2002). La puesta en Resiliencia: una estrategia metodológica. La revista American Journal of Family Therapy, Vol. 30, 275 a 291

Departamento de Unidad de Estadística, Epidemiológica Regional Estado Mérida 2010.

Enciclopedia Hispánica: Micropedia (1989-1990). Barcelona, España.

Enciclopedia Salvat de la Ciencia y de la Tecnología, Salvat, 1964. Barcelona, España.

Ell, K., Nishimoto, R., Median&y, L., Mantell, J., Hamovitch, M., 1992. Social relations, social support and survival among patients with cancer. Journal of Psychosomatic Research 36,531-541.

E. Wethington Life Events Scale *Encyclopedia of Stress (Second Edition)*, 2007, Pages 603-607

Epping-Jordan, J.E., Compas, B.E., Howell, D.C., 1994. Predictors of cancer progression in young adult men and women: avoidance, intrusive thoughts, and psychological symptoms. Health Psychology 13, 539-547.

*Epidemiology of Hodgkin's disease. Cancer Res. B.*, MacMahon. 1966, Vol. 26, pág. 1189.)

Everson, S.A., Goldberg, D.E., Kaplan, G.A., Cohen, R.D., Pukkala, E., Tuomilehto, J., Salonen, J.T., 1996. Hopelessness and risk of mortality

and incidence of myocardial infarction and cancer. *Psychosomatic Medicine* 58,113-121.

Eysenck, H.J., 1994. Synergistic interaction between psychosocial and physical factors in the causation of lung cancer. In: Lewis, C.E., O'Sullivan, C., Barraclough, J. *The Psychoimmunology of Cancer. Mind and Body in the Fight for Survival*. Oxford Medical Pub, Oxford, pp. 163-178. Eds.1.

Fahad, A. & Sandman, M.A. (2000). Evaluation Resiliency Patterns Using the ER89: A case study from Kuwait. *Social Behavior and Personality*, 28(5), 505-514.

Frankl VE. *El hombre en busca de sentido*. Barcelona: Paidós; 1999

Frankl VE. *Psicoanálisis y Existencialismo: de la psicoterapia a la logoterapia* México: Fondo de Cultura Económica; 1990.

Flach, F. (1991). *Resiliencia: El arte de ser flexible* (W.Dupont, Trad.). Nueva York: Scott.

Greer, S., Morris, T., Pettingale, K.W., Haybittle, J.L. , Psychological response to breast cancer and 15-year outcome. *Lancet* 335, 49-50. 1990.

Goleman, D. (2003) *Inteligencia Emocional*. Puresa S.A. Argentina.

Hernández y otros (2006) *Metodología de la Investigación*. Editorial Mcgraw-Hill.

Goldman J. *Understanding Leukemia and Lymphomas*. Ed 2010.

Grotberg, Edith. "Nuevas tendencias en resiliencia". En: A Melillo, N Suárez

Ojeda (Compilación). *Resiliencia. Descubriendo fortalezas*. Buenos Aires; Paidós: 2001

Hahn, R.C., Petitti, D.B., 1988. Minnesota Multiphasic Personality Inventory-rated depression and the incidence of breast cancer. *Cancer* 61, 845-848.

Hanna, N., 1985. The role of natural killer cells in the control of tumor growth and metastases. *Biochimica et Biophysica Acta* 780, 213-226.

Hardy, S.E., Concato, J., Gill, T.M., (2004). Resilience of Community-Dwelling Older Persons. *JAGS*, 52, 257 – 262

Helsing, K.J., Comstock, G.W., S&lo, M., 1982. Causes of death in a widowed population. *American Journal of Epidemiology* 116, 524-532.

Hislop, T.G., Waxler, N.E., Coldman, A.J., Elwood, J.M., Kan, L., 1987. The prognostic significance of psychosocial factors in women with breast cancer. *Journal of Chronic Diseases* 40, 729-735.

J Harvey; PH Delfabbro. Psychological resilience in disadvantaged youth: A critical overview *Australian Psychologist*, Volume 39, Number 1, March 2004 , pp. 3-13(11).

Holmes, T. & Rahe, R. (1967) "Holmes-Rahe Social Readjustment Rating Scale", *Journal of Psychosomatic Research*, vol. II.

Jennifer A. Rusiecki, Theodore R. Holford, Shelia H. Zahm, Tongzhang Zheng Breast cancer risk factors according to joint estrogen receptor and progesterone receptor status Original Research Article. *Cancer Detection and Prevention*, Volume 29, Issue 5, 2005, Pages 419-426.

Jemal A, Bray F, Center MM, et al. Global cancer statistics. *CA Cancer J Clin* 2011; 61:69-90



Joanna Kruk, Hassan Y. Aboul-Enein Psychological stress and the risk of Breast Cancer: a case–control study Original Research Article. Cancer Detection and Prevention, *Volume 28, Issue 6, 2004, Pages 399-408*

John c. Buckener, Enrico Mezzacappa y William r. Beardslee. Characteristics of resilient youths living in poverty: The role of self-regulatory processes. Development and Psychopathology (2003), 15: pp 139-162

Kamla-Raj,. Psychometric Evaluation of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) in a Sample of Indian Students. J Psychology (2010), 1(1): 23-30 .

Karel MJ. Aging and depression: vulnerability and stress across adulthood. Clinical Psychology Review 1997;17:847.

Kiecolt-Glaser y Glaser 1995). Revista CES Psicología vol 1, N° 2 julio – diciembre 2008

La incidencia de cáncer sigue aumentando en todo el mundo. 4 de febrero de 2011. <http://www.enfoque365.net>

Levy, SM., Lee, J., Bagley, C.. Lippman, M., 1988. Survival hazards analysis in first recurrent breast cancer patients: seven-year follow-up. Psychosomatic Medicine 50, 520-528.

Leviña R, Stefani E. Epidemiología de cáncer de mama. En: Hernández Muñoz G, Bernardello E, Pinotti JÁ, editores. Cáncer de Mama. Caracas: McGraw Hill Interamericana; 1998.p.1-11

Linkins, R.W., Comstock, G.W., 1990. Depressed mood and the development of cancer. American Journal of Epidemiology 132, 962-972.

Lopez, J. y Rodriguez, M.I. 2007 La posibilidad de encontrar sentido en el cuidado de un ser querido con cáncer. Psicooncología , 4 (1), 111-120.

Luthar,S, Cicchetti,D. y Becker, B., 2000, The structure of resilience,a critical evaluation and guideline for future reports. Child Development, 71 (3), 543-564

Lyubomirsky,S, King,L y Diener ,E (2005). The benefits of frequent positive affect: Does Happiness Lasd to Success? , Psychological Bulletin, 131(6),803-855.

Matos-Santos A, Nobre EL, Costa JG, Nogueira PJ, Macedo A, Galvão-Teles A, de Castro JJ. Relationship between the number and impact of stressful life events and the onset of Graves' disease and toxic nodular goitre. Clin Endocrinol (Oxf). 2001 Jul;55(1):15-9.

MacMahon. *Epidemiology of Hodgkin's disease. Cancer Res. B.*, 1966, Vol. 26, pág. 1189.

Merino A.Manual de Citologia de Sangre Periferica . Ed.Grupo accion Medica.2009.

Minsal, *Guía Clínica Linfoma en personas de 15 años y más*. Ministerio de Salud de Chile. Santiago: 2005. 1st Ed.

Minden B. Sexton a,\* , Michelle R. Byrd b, Silvia von Kluge Measuring resilience in women experiencing infertility using the CD-RISC: Examining infertility related stress, general distress, and coping styles Journal of Psychiatric Research, 44 (2010) 236–241.

Monroe S.M., Stress: Psychological Perspectives *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, 2001, Pages 15198-15201.

Ollonen P, Lehtonen J, Eskelinen M. Stressful and adverse life experiences in patients with breast symptoms; a prospective case-control study in Kuopio, Finland. *Anticancer Res.* 2005 Jan-Feb; 25(1B):531-6.

Ospina,D (2007). La medición de la resiliencia. *Investigación y Educación en enfermería* , XXV,1, 58-65.

Oxana O. P., PhD, \* Tani S., PhD, \* Jeanne L., B. cols. La auto-eficacia emocional, eventos estresantes de la vida, y Satisfacción con el Apoyo Social en relación con estado de ánimo y cáncer de mama en Comunidades Rurales *The Breast Journal*, Volumen 12 Número 2, 2006 123-129.

Pollack LA, Greer GE, Rowland JH, et al. Cancer survivorship: a new challenge in comprehensive cancer control. *Cáncer Causes Control* 2005;16(suppl):51–5 .

Peled R, Carmil D, Siboni Samocha-S, Shoham-Vardi I. El cáncer de mama, trastornos psicológicos y acontecimientos de la vida entre las mujeres jóvenes. *BMC Cancer*. 2008 22 de agosto; 8:245

Perdrizet G. A. Hans Selye and beyond: responses to stress. *Cell Stress Chaperones*. 1997. Dec; 2 (4):214-9.

Palomar L., Gómez V., N. Desarrollo de una Escala de Medición de la Resiliencia con Mexicanos (RESI-M) Interdisciplinaria, vol. 27, núm. 1, 2010, pp. 7-22

Poveda De Agustin. J. L. (1981) *Locura y Creatividad* Editorial Alhambra, S.A. Madrid España.

Poveda J y Laforet.-(2009) *El Buen Adios*,Editorial Espasa Calpe, S.A Madrid España.

Roberta L Woodgate, A review of the literature on resilience in the adolescent with cancer Part II .*Journal of Pediatric Oncology Nursing*, Volume 16, Issue 2, April 1999, Pages 78-89.

Rowland JH, Baker F. Introduction: Resilience of cancer survivors across the lifespan. *Cancer* 2005;104(suppl):2543–2548.

Rutter, Michael (1985b). Resilience in the face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, vol.147, pp. 598-611.

R u t t e r, Michael (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal Orthopsychiatry*, vol. 57, n.3, pp. 316-329.

Rutter, Michael (1993). Resilience: Some conceptual considerations. *Journal of Adolescent Health*, vol. 14, n.8, pp. 626-631.

Salas V. La interconsulta psiquiátrica y psicológica en pacientes con cáncer. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, vol XXXI, n°3, pg 225-236. 2002

Sandeep Vaishnavi, Kathryn Connor a, Jonathan R.T. Davidson An abbreviated version of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC), the CD-RISC2: Psychometric properties and applications in psychopharmacological trials. *Psychiatry Research* 152 (2007) 293–297 .

Sans-Sabrafen, J. y Raebel, C. Besses y Corrons, J.L. Vives. *Hematología Clínica*. 4ta. Madrid : EdiDe, S.L., 2001. págs. 511-531. ISBN: 84-8174-485-9.

Spencer, M. T. S., y Cervený, C. M. O. (2006a). Resiliencia: Introducción a la comprensión del concepto y sus implicaciones en el campo de la psicología [Versión electrónica]. *Social Sciences Journal*, 12 (2), 21-29.

Tim A. Saykin A. Furstenberg Ch. Quality of Life of Long – Term Survivors of Breast Cancer and Lymphoma Treated With standard – Dose

Chemotherapy or local therapy. Journal of Clinical Oncology.2005,vol23,N°19.

Timoshenko, S. P. (1976). Resistencia de materiales (JR Carvalho, Trad., Vol. 1). Río de Janeiro: libros técnicos y científicos. (Trabajo original publicado en 1966)

Universidad Pedagógica Experimental Libertador, Vicerrectorado de Investigación y Postgrado. (2006) .Manual de Trabajos de Grado de Especialización y Maestría y Tesis Doctorales. Editorial Fedupel Caracas.

Vidal María C., Psiquiatría y Psicología del Paciente con Cáncer .editorial Pomelos. 2009.

Watson M., S. Greer, J. Young, Q. Inayat, C. Burgess and B. Robertson Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer: the MAC scale. Psychological Medicine / Volume 18 / Issue 01, pp 203 – 209.

Waller, M. A. (2001). La resiliencia en el contexto ecosistémico: Evolución del concepto. American Journal of Orthopsychiatric, 71 (3), 290-297.

Wagnild G. Resilience and successful aging. Comparison among low and high income older adults. Journal of Gerontology Nursing 2003;29:42–9.

Werner, Emmy E. (1989). High-risk children in young adulthood: a longitudinal study from birth to 32 years. American Journal of Orthopsychiatry, vol. 59, n.1, pp. 72-81.

X. Yu et al. / Factor structure and psychometric properties of the Connor-Davidson Resilience Scale among Chinese adolescents Comprehensive Psychiatry 52 (2011) 218–224

Yunier Broche Pérez<sup>1</sup>, Walter Ricardo Medina. Resiliencia y afrontamiento: Una visión desde la Psicooncología Broche Pérez Y. Psicología.com. 2011; 15:17. <http://hdl.handle.net/10401/4068>.

## **ANEXO N° 1. REQUISITOS ETICOS.**

### **TESIS DOCTORAL : RESILIENCIA EN PACIENTES CON CANCER DE MAMA Y/O LINFOMAS**

#### **HOJA DE CONSENTIMIENTO.**

**CEDULA DE IDENTIDAD:** \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_(Nombre del paciente), de fecha \_\_\_\_\_, confirmo que he entendido la información, para el estudio por medio de cuestionario, que me realizaran como lo ha señalado la Doctora Grace Tescari Quiñones, estudiante del Doctorado Patología Existencial Intervención en la Crisis, en la cual he tenido oportunidad de hacer preguntas, todas mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción y comprometo que mi participación es voluntaria y que soy libre de abandonar el estudio en cualquier momento, sin dar ninguna razón, sin que se afecte mi cuidado médico o mis derechos legales.

Autorizo a que mis notas sean reveladas a médicos responsables del estudio. Yo doy mi permiso a esos médicos de que tengan acceso a mis registros. Entiendo que la información que yo proporciono es de carácter confidencial y ayudarán a diseñar mejores estrategias de tratamiento. Estoy de acuerdo en participar en el estudio arriba mencionado.

_____	_____	_____
Nombre del paciente	Fecha	Firma

Para ser llenado por Testigos:

_____	_____	_____
Nombre	Fecha	Firma

Para se llenado por la Doctora Tescari Grace:

Yo he explicado la naturaleza y propósito de este estudio al paciente antes mencionado.

_____	_____	_____
Nombre	Fecha	Firma

## Anexo 2. FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

### ESCALA DE RESILIENCIA (Connor-Davidson Resilience Scale, CD-RISC)

Edad:

Cedula:

Diagnóstico:

Tratamiento:

Estado civil: casada: ☐ soltera: ☐ divorciada: ☐ viuda: ☐

0	1	2	3	4
Nada de acuerdo	Raramente de acuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo

	0	1	2	3	4
1. Soy capaz de adaptarme a los cambios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tengo personas en las que puedo confiar y con las que me siento seguro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Algunas veces dejo que el destino o Dios me ayude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Puedo resolver cualquier acontecimiento que se me presente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Los éxitos pasados me ayudan a afrontar nuevos desafíos con confianza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Veo el lado divertido de las cosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Afrontar el estrés, me fortalece	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Tiendo a recuperarme de las enfermedades o de las dificultades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Pienso que las cosas ocurren por alguna razón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Me esfuerzo al máximo en cada ocasión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Puedo conseguir mis metas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Cuando parece que irremediamente algo no tiene solución, no abandono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Sé donde acudir a por ayuda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Bajo presión, me concentro y pienso claramente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Prefiero tomar la iniciativa cuando hay que resolver un problema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. No me desanimo fácilmente por el fracaso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Pienso que soy una persona fuerte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Tomo decisiones difíciles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Puedo manejar sentimientos desagradables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Sigo los presentimientos que tengo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Tengo muy claro por donde quiero ir en mi vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Siento que controlo mi vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Me gustan los desafíos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Trabajo para conseguir mis metas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Me siento orgulloso de mis logros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



### **Anexo 3. Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes**

Por favor, señale con un círculo (O) aquel o aquellos acontecimientos vitales que le han sucedido en el último año a usted y su familia.

<b>1. Muerte del cónyuge</b>	<b>22. Fuertes discusiones familiares (con hijos o familiares políticos)</b>
<b>2. Separación matrimonial</b>	<b>23. Conflictos conyugales crónicos</b>
<b>3. Muerte de un ser querido familiar</b>	<b>24. Trastornos del sueño</b>
<b>4. Pérdida del trabajo</b>	<b>25. Cambios en las tareas laborales habituales</b>
<b>5. Padecer una enfermedad seria</b>	<b>26. Muerte de un amigo o amante</b>
<b>6. Quiebra en el estado financiero</b>	<b>27. Abandono del hogar por un hijo</b>
<b>7. Haber padecido un asalto</b>	<b>28. Gran logro personal</b>
<b>8. Descenso en el rol o status laboral</b>	<b>29. Vivir en medio rural</b>
<b>9. Problemas sexuales (impotencia, trastornos eyaculatorios, anorgasmia, fobias, crisis de identidad sexual)</b>	<b>30. Trabajar más de 12 horas diarias</b>
<b>10. Ser abandonado por la pareja</b>	<b>31. Cónyuge termina o comienza un trabajo</b>
<b>11. Lo Jubilaron o están por jubilarlo.</b>	<b>32. Problemas con el jefe</b>
<b>12. Problemas judiciales</b>	<b>33. Haber abandonado prácticas deportivas</b>
<b>13. Etapa de Menopausia</b>	<b>34. Viajes prolongados (más aún si son lugares muy alejados)</b>
<b>14. Deudas</b>	<b>35. Mudanzas</b>
<b>15. Enfermedades en un familiar</b>	<b>36. Conducir un auto en ciudad por más de 3 horas</b>
<b>16. Trabajar en horarios nocturnos o rotatorios</b>	<b>37. Cambios en los hábitos (dieta, dejar de fumar)</b>
<b>17. Reconciliación marital</b>	<b>38. Cambio de carrera o de colegio</b>
<b>18. Embarazo (para ambos)</b>	<b>39. Preparar Vacaciones</b>
<b>19. Nacimiento de hijo o nieto</b>	<b>40. Fiestas de fin de año</b>
<b>20. Inseguridad en el barrio donde vive o trabaja</b>	<b>41. Drogadicción y/o alcoholismo</b>

<b>21. Cambio en estado financiero</b>	<b>42. La esposa (o) comienza o deja de trabajar</b>
----------------------------------------	------------------------------------------------------

**Puntuación**

**Nº de AVE =**